

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

184

Année 1908

N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 avril 1908 à 1 heure.

Par **Nicolas GOLDENSTEIN**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉTRORRAGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE

... Un troisième attiré vers les recherches bibliographiques s'attache de préférence au côté historique des question. C'est en général l'œuvre des jeunes, n'ayant encore qu'une pratique restreinte.

TILLAUX, Traité de chirurgie clinique.

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { MM. RECLUS, professeur.

PROUST et COUVELAIRE, agrégés.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

36, Rue Monsieur-le-Prince, 36

1908

184

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 avril 1908 à 1 heure.

Par **Nicolas GOLDENSTEIN**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉTRORRAGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE



... Un troisième attrait vers les recherches bibliographiques s'attache de préférence au côté historique des questions. C'est en général l'œuvre des jeunes, n'ayant encore qu'une pratique restreinte.

TILLAUX, Traité de chirurgie clinique

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : } MM. RECLUS, professeur.

PROUST et COUVELAIRE, agrégés.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen				M. LANDOUZY
Professeurs				MM.
Anatomie.	.	.	.	NICOLAS.
Physiologie	.	.	.	CH. RICHET.
Physique médicale.	.	.	.	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	.	.	.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	.	.	.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	.	.	.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	.	.	.	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	.	.	.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	.	.	.	LANNELONGUE
Histologie.	.	.	.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	.	.	.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	.	.	.	QUENU.
Thérapeutique	.	.	.	POUCHET.
Hygiène	.	.	.	GILBERT
Médecine légale.	.	.	.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	.	.	.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	.	.	.	G. BALLET
Clinique médicale.	.	.	.	ROGER.
Maladies des enfants	.	.	.	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	.	.	.	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	.	.	.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	.	.	.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	.	.	.	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.	.	.	.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	.	.	.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	.	.	.	RAYMOND.
Clinique gynécologique	.	.	.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	.	.	.	BERGER.
Clinique thérapeutique	.	.	.	RECLUS.
Agrégés en exercice.				SEGOND.
MM.				DR LAPERSONNE
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT	
BALTHAZARD	DEMELIN	LEGENE	OMBREDANNE	
BRANCA	DEGREZ	LEGRY	POTOCKI	
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST	
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON	
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD	
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chr. des trav. anat.)	
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN	
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON		
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR PAUL BOURCY

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC
ANNÉE 1903

M. LE DOCTEUR SCHWARTZ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Stage chirurgical 1903-1904

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Stage médical 1904-1905

M. LE DOCTEUR CHARPENTIER

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

M. LE DOCTEUR P. MAUCLAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE LA MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ
Externat 1905-1906

M. LE DOCTEUR PAUL DALCHE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
Externat 1906-1907

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Stage obstétrical

M. LE DOCTEUR VARIOT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

M. LE DOCTEUR MARFAN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Externat à l'hôpital des Enfants-Malades, 1907-1908.

M. LE DOCTEUR RICHAUD

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

HISTORIQUE

L'étude des métrorragies d'origine syphilitique est de date relativement assez récente. Bien qu'on trouve des cas de métrorragies syphilitiques signalés dans la littérature médicale à une époque assez éloignée (Bradley, 1870, Fourcault, 1877), la question est mise plus ou moins sérieusement à l'ordre du jour depuis les publications de Ozenne en 1898. Deux ans auparavant, en 1896, Wolter en Allemagne, Gelli en Italie, ont publié chacun un cas de métrorragie syphilitique.

En 1899, Saguet de Reims, publie un cas analogue.

En 1900, Spinelli en Italie, Barthélemy en France publient, le premier, neuf cas, le second un cas de métrorragie syphilitique.

Dans les années qui suivent, nous trouvons les publications de Ozenne, Dalché, M^{lle} Robineau, Trepant, Petit, en France ; La Torre, Francheschini, Garofolo, Betti, De Pace, Longui en Italie ; Mouratoff en Russie et Dreyer en Allemagne.

Actuellement, le nombre d'observations de métrorragie syphilitique s'élève à environ cinquante, dont évidemment quelques-unes sont discutables au plus haut degré.

CHAPITRE I

Des métrorragies dans les divers états diathésiques et infectieux.

« Chargée du rôle le plus important dans la propagation de l'espèce humaine, la femme semble n'acheter ce privilège que par le nombre et la gravité des maux dont il est la source. C'est en effet par l'organe le plus immédiatement destiné à recevoir et développer un nouvel être que la femme voit à chaque instant sa santé compromise et son existence même (1). »

Si l'on étudie de plus près les manifestations morbides provenant des organes génitaux de la femme on constate qu'ils réagissent presque toujours et dans tous les états par des troubles fonctionnels.

C'est, en effet, comme remarque justement le professeur Fournier, un viscère qui, lorsqu'il souffre, n'a pas une plainte spéciale adaptée à la nature de telle ou telle cause qui l'a rendu malade. Il se plaint et ne peut se plaindre qu'à sa façon et toujours de la même façon (ou bien peu s'en faut), quelle que soit la nature de son mal. En tout état de cause les viscères malades tradui-

1. DUPARCQUE, *Maladies de la matrice*.

sent leur souffrance par des troubles fonctionnels qui ne sauraient avoir rien que de banal.

Tout le monde est d'accord pour admettre que parmi tous les symptômes qui caractérisent telle ou telle affection des organes génitaux, les métrorragies jouent un rôle prédominant.

Dans quelques cas, elles prennent une telle importance que toute autre manifestation morbide s'efface. Elles deviennent la maladie elle-même, et c'est elles que la thérapeutique doit combattre.

Si l'on essaie d'établir les causes qui provoquent les métrorragies on doit placer au premier rang les lésions locales telles que les polypes, fibromes, cancer, etc.

Sur ce point il n'existe pas d'avis différents.

Les cliniciens, surtout depuis l'avènement de la pathologie cellulaire, ont bien étudié et classé les lésions qui donnent naissance aux métrorragies. Mais par un sentiment d'exagération qui caractérise en général les adeptes de doctrines nouvelles, ils ont complètement refusé le droit de cité à l'influence de l'état général sur les affections de la sphère génitale de la femme, fait admis et bien étudié par les anciens cliniciens.

L'accord est loin d'être établi sur ce point. Il ne serait pas sans intérêt, pour mieux s'en rendre compte, de faire une courte esquisse historique concernant cette question dont nous empruntons les principaux passages à Bonnet et Tillot (Thèses de Paris, 1887 et 1860).

Les médecins anciens ont la plupart indiqué que les maladies générales retentissaient plus ou moins sur les fonctions de l'organe de la conception. Hippocrate et

Galien admettaient que la santé exerce une influence marquée et immédiate sur la fonction menstruelle.

Franck, dans son *Traité de médecine pratique*, dit que la faiblesse, la débilité et les cachexies peuvent amener des métrorragies et des ménorragies.

Baillou lorsqu'il avançait que les maladies de la matrice sont difficilement ou pas du tout curables, attribuait ce fait à leur liaison intime avec un état général. Plus tard Stoll, dans sa *Ratio medendi*, devenait plus scientifique lorsqu'il affirmait l'existence de troubles utérins dus à l'arthritisme.

Cette absence complète de notions positives à cet égard et ce vague dans les affirmations des auteurs anciens provient de ce que les moyens locaux d'exploration de l'utérus étaient dans l'enfance. En touchant peu ou mal les femmes, sous l'empire de doctrines humorales, on regardait les troubles utérins comme essentiellement physiologiques et fonctionnels. On possédait bien un instrument d'exploration dont nous trouvons dans Paul d'Égine et Arétée quelques vagues indications sous le nom de *dioptra*. Mais cette sorte de spéculum devait être bien rudimentaire et bien peu employé.

Lorsque Récamier vint tirer cet instrument de l'oubli où il était tombé, ou plutôt lorsqu'il l'inventa à nouveau sous le nom de spéculum, ce fut un événement considérable au point de vue de la pathologie de l'utérus. On examina davantage cet organe, on l'étudia mieux ; On dépassa même le but, car toutes les modifications fonctionnelles de la matrice ne furent plus rattachées qu'à une lésion anatomique locale. On ne saisit pas les liens

qui unissent celles-ci aux maladies générales. On néglige totalement ces dernières. La notion anatomo-pathologique détrôna la notion physiologico-pathologique. Ce fut l'excès contraire de l'époque précédente. Du reste, à ce moment, l'anatomo-pathologie, science nouvelle, prenait son essor, entraînant à sa suite cette pléiade d'adeptes fervents tous brillants chirurgiens et médecins qui devaient exercer une influence décisive sur toute leur époque.

Broussais, Louis, Andral, Dupuytren, Laënnec, etc... représentent cette phase anatomo-pathologique.

Les maladies générales, les diathèses...il n'en est pas question.

Becquerel tout en étant partisan des doctrines anatomo-pathologiques, conseille l'hydrothérapie dans le traitement de la métrite et préconise aussi le traitement général, tonique et reconstituant. C'est faire un pas vers la doctrine de l'influence des états généraux sur la production des affections utérines.

Aran admettait cette conclusion mais sans y attacher beaucoup d'importance, car il y insiste à peine.

En 1849, D^r Baud fit lire à l'Académie de médecine un mémoire sur la pathogénie des maladies de l'utérus. Il trouvait qu'on attachait trop d'importance aux lésions de l'utérus ; qu'en dehors de l'état de gestation c'était un organe trop peu important pour pouvoir réagir si puissamment sur les autres systèmes ; que loin de dominer la scène et de soumettre les autres organes à son influence, il était bien plutôt apte à se laisser modifier par des lésions de viscères plus ou moins

éloignés et surtout par un état particulier de débilité de l'organisme, qui existe si communément chez beaucoup de femmes.

Dans le traité de Nonat (1860) nous voyons que la chlorose peut par elle seule produire la métrite.

Nous nous contenterons pour clore cet historique de citer les noms de Gibert, Duparcque, Tonneli, Tilt, Seymour parmi les partisans de l'influence des diathèses sur la production des troubles dans la sphère génitale.

Gosselin défendit la doctrine des affections utérines diathésiques, Robert partagea les mêmes idées. La scrofule, dartre, arthritisme furent admises par Guéneau de Mussy, Chomel et Bazin.

L'herpétisme fut regardé comme ayant une importance capitale au point de vue causal des affections utérines par Gaillard (de Poitiers).

Parmi les auteurs plus récents on doit citer Martineau qui divisait les métrites en métrites traumatiques et en métrites constitutionnelles. Ces dernières étaient pour lui d'une part protopathiques, d'autre part secondaires, dues à l'influence de la scrofule, de l'arthritisme, de l'herpétisme, de la chlorose, de la syphilis et de la tuberculose. Toutes ces diathèses jouent pour Martineau un rôle considérable.

Le professeur Pozzi n'admet pas cette manière de concevoir les affections utérines. « J'accorderai volontiers, dit M. Pozzi, que la question de terrain joue un grand rôle, sinon dans la production, au moins dans la permanence des inflammations locales ; que par suite on devra s'enquérir soigneusement de cet état général

au point de vue traitement. Mais c'est tout ce que je concéderai à la doctrine des diathèses. Il ne faut pas dénaturer par exagération les vues élevées de Bazin et de Verneuil en pathologie générale. »

Cette manière de voir est tout à fait comparable et doit être rapprochée des idées qu'avait Lécorché sur l'influence du diabète sur les fonctions des organes génitaux de la femme. Lécorché s'appuyant sur de nombreuses constatations cliniques admettait que le diabète est capable de produire chez la femme l'aménorrhée et la dysménorrhée. Mais quand il s'agit de métrorragies chez une diabétique l'influence de cette diathèse est sujette à caution bien qu'il arrive souvent d'observer de ces hémorragies chez les femmes diabétiques.

Dans un cas notamment la glucosurie ne fut même constatée qu'à la suite d'une métrorragie abondante. Il est fort probable que le diabète préexistait à cet accident et qu'il était resté jusqu'alors inconnu.

« De pareils faits, dit M. Lécorché, au premier abord sembleraient autoriser l'hypothèse de l'action propre du diabète sur la menstruation, mais à examiner les choses de plus près on ne tarde pas à se convaincre que la glycémie par elle-même ne peut être directement incriminée. Pour que cette action directe fût vraie, il faudrait que la matrice fût saine, mais si à l'altération du sang se joint une altération organique du tissu utérin, celle-ci, quelle que soit sa relation avec la glucosurie, prime évidemment au point de vue pathogénique la dyscrasie sanguine. Que la plupart de ces lésions soient la conséquence du diabète, c'est ce que nous

avons essayé de démontrer ; mais ces lésions expliquent suffisamment les troubles menstruels et les métrorragies, sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'action spéciale du sang chargé du sucre. Le diabète, s'il n'a pas au préalable provoqué quelques altérations, nous paraît incapable de devenir par lui-même la cause de métrorragies. »

Ces deux derniers auteurs, comme nous le voyons, professent les mêmes opinions sur le retentissement de l'état général sur la pathologie de la sphère génitale chez la femme et en cela ils divergent complètement des anciens cliniciens et de ceux qui, comme Martineau, voudraient que dans certains cas les altérations fonctionnelles de l'utérus soient déterminées par les diathèses.

Cette divergence dénote pour nous deux manières profondément différentes de concevoir les problèmes de la pathologie générale.

On ne peut pas contester que la notion même de diathèse soit une observation clinique de premier ordre toute à la gloire de l'école française. Mais malgré son ancienneté, malgré les théories nombreuses qu'on a émises pour l'expliquer, on n'est pas allé plus loin.

Aucune des théories émises à ce sujet n'a reçu de sanction pratique et nous sommes encore réduits au début du xx^e siècle à attendre de nos successeurs la solution définitive du problème (1).

1. Richardière et Sicard. *Maladies de la nutrition*, in Brouardel et Gilbert.

Par contre, si les nombreuses théories n'ont pas réussi à éclaircir la pathogénie des diathèses de manière à ce que les déductions qu'on pourrait en faire soient conformes à la réalité clinique et pratique, par contre aucune de ces théories n'a non plus ébranlé l'édifice de cette vieille doctrine. Elle a survécu parce qu'elle a à son actif une expérience clinique séculaire qui a synthétisé les faits observés.

« La diathèse n'est donc ni un être de raison ni un mot vide de sens ; c'est une réalité clinique. C'est un mot si l'on veut, mais ce mot représente une idée indispensable au praticien et qu'on ne peut pas désigner par une autre expression » (1).

En présence d'un symptôme morbide que nous rattachons à l'influence de la diathèse nous sommes complètement autorisés jusqu'à preuve du contraire à considérer cette dernière comme ayant provoqué ce symptôme, ne sachant pas où se termine l'action déterminante de la diathèse et où elle commence à agir comme cause prédisposante. Pour cela il aurait fallu avoir l'épreuve du traitement spécifique approprié à chaque diathèse.

C'est ce qui nous manque dans la plupart des cas, excepté la syphilis, où justement l'épreuve décisive du traitement a permis de distinguer depuis longtemps les lésions syphilitiques des lésions auxquelles M. Fournier a donné le nom de lésions parasyphilitiques, pour lesquelles le traitement spécifique n'a pas beaucoup de prise. Quand M. Lécorché dit que « le

1. GRASSET, Article Diathèses. *Dict. Dechambre*. vol. 29.

diabète, s'il n'a pas au préalable provoqué quelques altérations nous paraît incapable de devenir par lui-même la cause de métrorragies » — il veut ainsi établir un groupe nouveau, que, dans le cas particulier qui nous occupe, on pourrait appeler lésions paradiabétiques. Ce qui n'est pas conforme à l'état actuel de nos connaissances sur les diathèses en général et le diabète en particulier. Les lésions des organes génitaux dont parle M. Lecorché sont pour lui la conséquence du diabète et suffisent déjà par elles-mêmes à expliquer les métrorragies sans qu'on ait besoin de faire intervenir l'action du sang chargé du sucre. Cette affirmation nous semble exagérée en ce sens que rien ne nous autorise à interpréter de la sorte l'action du sang diabétique, la pathogénie du diabète étant des plus obscures, et nos moyens thérapeutiques étant des plus problématiques à l'égard de cette maladie. Ne voyons-nous pas tous les jours, par exemple, les accidents syphilitiques avec tout leur cortège de symptômes qu'ils entraînent disparaître ou s'amender sous l'influence du traitement spécifique. Tout cela nous conduit à conclure qu'il est plus logique d'admettre que les métrorragies dans le diabète doivent être considérées comme conséquence immédiate de cette diathèse.

L'existence des hémorragies utérines sous l'influence des causes générales a été constatée par de nombreux observateurs.

West l'a observée dans l'albuminurie. Pour lui, dans les cas de dégénérescence granuleuse des reins, la métrorragie est loin d'être un fait rare.

Le sang altéré, appauvri, paraît alors s'échapper avec plus de facilité des vaisseaux de l'utérus lorsqu'ils se congestionnent au retour de la période menstruelle. Dans beaucoup de cas de maladie supposée de l'utérus l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune lésion locale capable d'expliquer la menstruation surabondante.

L'examen des urines fait découvrir la présence d'une forte quantité d'albumine. « Rappelez-vous, dit à ce propos M. West, que le tube à l'expérience vous servira quelquefois à tirer au net un cas obscur de maladie présumée de l'utérus. Vous ne devez pas être des spécialistes ; et, quoique le hasard vous conduise peut-être à vous occuper plus particulièrement de certaines classes de maladies, restez avant tout médecins. Plus vous apprécierez sainement l'influence que les désordres d'une partie exercent sur les fonctions d'une autre, plus vous serez en état dans votre pratique de diriger convenablement et avec succès le traitement des affections locales. »

On a de tout temps insisté sur les rapports sympathiques qui existent entre l'utérus et les autres organes, le système nerveux entre autres.

Notta est un des premiers auteurs qui aient appelé l'attention sur l'étude des congestions utérines et des métrorragies de cause névralgique. Neucourt a signalé des cas de névralgies lombo-abdominales qui ont eu pour effet d'exagérer le flux menstruel.

L'influence des névralgies lombo-utérines sur la métrorragie est si puissante, d'après Marotte, et même si

nécessaire, qu'il existe selon cet auteur peu de mensurations exagérées indépendantes d'une lésion organique grave qui ne soient provoquées ou entretenues par leur présence dans lesquelles on ne retrouve en un mot qu'une névralgie comme élément morbide, tantôt primitive, tantôt secondaire.

Cahen, Churchill et Siredey partagent les idées de Marotte. Huchard dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld dit à propos de métrorragies résultant des névralgies lombo-abdominales :

« Question intéressante, grave même, dont la solution importe à la guérison de la malade puisque dans ces cas le médecin devra s'attacher à combattre non seulement la métrorragie qui est un effet, mais les douleurs névralgiques qui sont la cause et cela par tous les moyens. »

On conçoit aisément qu'un organe, qui comme l'utérus, est le siège de congestions vaso-motrices périodiques si fréquentes pendant toute la vie sexuelle y soit bien facilement exposé sous l'influence de causes accidentelles, qu'une excitation autre que celle qui a habituellement son point de départ dans l'ovaire puisse la provoquer, d'autant plus que par l'impressionnabilité même du système nerveux chez la femme cette excitation ne paraît même pas toujours nécessaire.

On peut donc conclure que l'utérus peut être le siège de congestions vaso-motrices au même titre que tous les organes de l'économie, mais de plus par son mode d'activité propre, il s'y trouve prédisposé par le fait de

sa constitution anatomique; ces congestions mieux que partout ailleurs pourront aboutir à l'hémorragie.

La chlorose et la tuberculose ont été souvent incriminées dans la production des métrorragies.

Requin a vu une jeune fille chlorotique succomber à la suite de métrorragies abondantes qui ne reconnaissent pour cause aucune lésion organique.

Obre a vu survenir un dénouement mortel chez une fille de 14 ans dont les premières règles ne purent être arrêtées.

Les affections utérines dans la tuberculose ont été bien étudiées dans la thèse de Siredey.

Parmi les causes des hémorragies, utérines, on doit citer les maladies générales durant le cours desquelles il y a une grande excitation du système vasculaire en même temps qu'une modification de la composition du sang, disposant aux hémorragies. On observe au cours des fièvres éruptives, typhus et choléra, des écoulements sanguins très abondants par les parties génitales. Quoiqu'on observe plus souvent au cours de ces maladies la suppression des règles, qu'on peut attribuer à l'épuisement de l'organisme, d'un autre côté il n'est pas rare de voir l'écoulement persister et épuiser complètement les forces de la malade au point de hâter le terme fatal. Pour Scanzoni l'apparition d'une hémorragie menstruelle très abondante durant les cours des fièvres éruptives est presque toujours un signe précurseur d'une dissolution mortelle du sang.

Andral et Gendrin avaient émis une distinction et compris que sous l'influence de l'excitation du système

circulatoire qui caractérise l'état fébrile, les muqueuses des organes sexuels peuvent se congestionner et donner lieu à une hémorragie, comme celles du nez et de l'intestin. Cette vérité était élevée au rang des vérités scientifiques par Gubler.

« Beaucoup de métrorragies utérines prises pour des menstruations anticipées au début et dans le cours des maladies aiguës, ne sont autre chose que de simples flux sanguins comparables aux épistaxis initiales des fièvres ».

Cette manière de voir était rendue vraisemblable par des inductions tirées des circonstances suivantes :

a). — La brièveté excessive de l'intervalle séparant les prétendues règles intempestives de la dernière époque cataméniale régulière, brièveté qui ne permet pas de croire à la maturation précoce d'un ovule.

b). — L'apparition d'écoulements sanguins chez des femmes non menstruées, soit en vertu de leur idiosyncrasie, soit parce qu'elles parcourent l'une des périodes du cycle fonctionnel de la reproduction, la grossesse ou la lactation.

c). — L'absence des symptômes précurseurs ou concomitants d'une menstruation proprement dite ; le retour précis de la menstruation durant la maladie ou la convalescence à une date correspondante à la dernière époque menstruelle proprement dite.

La proposition formulée ci-dessus est rigoureusement démontrée par un examen nécroscopique qui permet de constater les ovaires tantôt exempts de toute trace de fertilité, tantôt présentant une hémorragie récente

dans une vésicule déjà ancienne et dégénérée, tantôt un corps jaune avancé dans son évolution et caractéristique d'une ponte de beaucoup antérieure à la dernière exhalation sanguine.

Les hémorragies utérines dans les états infectieux furent observées encore par Massin qui en avait fait une étude très documentée.

Les intoxications saturnines et phosphorées peuvent aussi produire des métrorragies.

Rousseau apporte quatre observations de femmes intoxiquées par le plomb et présentant des métrorragies.

Le scorbut, la maladie hémorragique par excellence, donne souvent aussi naissance à des métrorragies. Scanzoni en a observé de nombreux exemples pendant une épidémie en 1843.

On a signalé également des métrorragies dans l'impaludisme. Piqué a vu une métrorragie intermittente quotidienne qui revenait régulièrement chaque jour à six heures du matin. M. Arloing a observé une métrorragie intermittente tierce. Ces deux cas de métrorragies ont cédé à l'emploi de quinquina.

Nous avons ainsi passé en revue les maladies d'ordre général qui peuvent se manifester par des métrorragies de manière à ne pas laisser persister le moindre doute à ce sujet.

Courty, Chéron et beaucoup d'autres observateurs arrivent aux mêmes conclusions.

« Les métrorragies qui se produisent en dehors de toute lésion appréciable de l'utérus et des annexes, dit-

il, ont été niées à tort, car bien que très rares il en existe dans la science des exemples positifs. L'hémorragie paraît former à elle seule tout l'état morbide. C'est du moins la seule chose qu'il soit possible de constater. »

Et la syphilis ? Est-elle capable de produire des hémorragies utérines ? Dans les auteurs que nous avons cités nous trouvons là-dessus quelques vagues indications. Ainsi J. Chéron a observé la congestion du côté de l'utérus dans deux cas d'hémiplégie syphilitique. M. Fournier en a vu des exemples survenant surtout à la suite de plusieurs suppressions des règles. Ces métrorragies généralement accompagnées de névralgies utérines et de coliques fatiguent les malades dont elles continuent à accroître l'état anémique.

Il nous semble que le moment est venu en présence des observations cliniques déjà assez nombreuses de faire figurer la syphilis parmi les causes qui peuvent donner naissance aux métrorragies.

C'est ce que nous nous proposons d'établir dans les pages qui vont suivre.

CHAPITRE II

Des manifestations hémorragiques dans la syphilis viscérale.

Avant de pénétrer au cœur du sujet qui nous intéresse il nous a semblé qu'il serait intéressant de passer en revue le cas de syphilis viscérale se manifestant par des hémorragies.

Cette étude sera pour nous instructive en ce sens qu'elle va nous montrer d'abord que les manifestations hémorragiques dans la syphilis viscérale ne sont pas rares, et ensuite que, quand elles existent, elles dominent tous les autres symptômes en donnant à la maladie une allure d'une gravité extrême au point de compromettre sérieusement la vie des malades. Un autre enseignement que nous voudrions tirer de cet exposé serait de démontrer le polymorphisme pour ainsi dire de la syphilis, sa propriété de simuler les malaises les plus divers au point de dérouter complètement des cliniciens des plus expérimentés dans l'art médical, quand ils ne sont pas pénétrés suffisamment de l'idée d'origine générale de certains troubles purement fonctionnels.

Nous avons vu dans le chapitre précédent combien sont fréquentes les métrorragies de cause générale, nous allons voir maintenant que la syphilis doit être admise comme telle non seulement dans le cas particulier qui nous occupe, mais bien plus encore comme une dyscrasie pouvant provoquer des hémorragies dans les différents viscères autres que les organes génitaux de la femme. Nous nous arrêterons plus particulièrement sur la syphilis gastrique qui présente le plus d'analogie comme allure clinique avec les métrorragies d'origine syphilitique.

On trouve les manifestations hémorragiques un peu dans toutes les formes de la syphilis des organes. Ainsi la syphilis cérébrale, avec la sclérose des artères du cerveau et les anévrismes miliaires, donne souvent naissance aux hémorragies. Ainsi Chwostek rapporte une observation concernant un garçon de 24 ans atteint de syphilis, chez lequel les accidents secondaires eurent peu d'intensité, mais trois ans après éclatèrent des symptômes cérébraux fort graves. La mort en fut la conséquence. A l'autopsie on constata des lésions d'artérite syphilitique sur les artères de la base de l'encéphale. A l'examen du cerveau on trouva une hémorragie ayant envahi en partie le noyau lenticulaire du corps strié, la capsule externe, l'avant-mur avec inondation ventriculaire.

Nous trouvons également les hémoptysies signalées dans la syphilis pulmonaire. Il est très difficile dans ce cas particulier d'admettre qu'elles soient imputables entièrement à la syphilis, étant donné que la syphilis

pulmonaire se combine souvent avec la tuberculose. Les avis des auteurs sur ce point sont très différents. Roinier les considère comme une rareté, Thompson comme étant fréquentes mais peu abondantes. Le professeur Fournier a insisté sur la répétition des hémoptysies et non sur leur abondance. Lancereaux a vu un malade qui a perdu par l'expectoration plus de 1/2 litre de sang en vingt-quatre heures. Tous ces faits, disons-le encore une fois, ne sont pas probants pour la raison indiquée plus haut.

Pour la syphilis gastrique, nous ne saurions mieux faire que de citer les faits apportés par Gaillard, Fournier et Dieulafoy dans l'étude de cette question.

L'importance des manifestations hémorragiques sortira toute seule de l'exposé même de faits cliniques qui nous démontreront qu'il faut ranger la syphilis d'une façon banale parmi les affections générales, parmi les diathèses qui peuvent prédisposer l'organisme affaibli à l'ulcère de l'estomac comme à toute autre maladie.

ALFRED FOURNIER, *Syphilis de l'estomac*. « La syphilis », août 1903.

Une jeune artiste que j'avais traitée et guérie en 1860 d'une large syphilide tuberculo-crustacée de la région dorsale, me fit mander en 1867. Quand j'arrivai je la trouvai dans le plus triste état : affaissée dans son lit, anémiée et plus qu'anémiée, exsangue, littéralement blanche, aussi blanche que ses draps, prostrée, exténuée, ayant à peine la force d'émettre quelques mots.

Elle avait à ses côtés une cuvette à moitié pleine d'un sang rutilant qu'elle venait de vomir. Me montrant alors cette cuvette, elle me dit d'une voix éteinte (et c'est tout ce qu'elle pu me dire) : « C'est tous les jours comme cela depuis deux mois. » J'appris alors de son entourage qu'elle souffrait de l'estomac depuis longtemps ; qu'elle digérait fort mal, avait souvent des nausées et vomissait souvent ; que depuis deux mois elle avait eu plusieurs hématemèses dont quelques-unes très abondantes, extraordinairement abondantes même et cela « jusqu'à remplir une cuvette » ; qu'elle ne tolérait plus aucun aliment, rendait même le lait, même la glace, etc. ; qu'enfin depuis plusieurs jours elle n'avait absolument rien pris. Bien des médecins avaient été consultés, bien des traitements avaient été suivis. On me montra les ordonnances et je fus convaincu bientôt qu'on avait fait pour elle tout ce qui est d'usage classique contre l'ulcère de l'estomac, diagnostic sur lequel, me disait-on, tout le monde s'était accordé. Non sans embarras, je me demandais ce que j'allais prescrire à mon tour, la liste des médications rationnelles me semblant épuisée par mes prédécesseurs lorsqu'en souvenir des accidents dont j'avais traité et guéri cette malade, l'inspiration me vint de faire appel de nouveau au traitement qui lui avait si bien réussi jadis. Bref, je prescrivis l'iodure de potassium, et cela non sans quelque appréhension, je l'avoue, car c'était la première fois que j'administrerais ce remède en pareille circonstance. Qu'allait-il advenir ? Or ce qui advint tient littéralement du prodige. Sans exagération, ce fut un coup de théâtre, un changement à vue, une quasi-résurrection. Car cette moribonde fut immédiatement soulagée et revint bientôt à la vie. Quelques jours ne s'étaient pas écoulés qu'elle cessait de souffrir, puis de vomir, elle n'eut

plus la moindre hématomèse. Puis très rapidement, elle arriva à tolérer le lait, les œufs, les potages, etc. Pour abrégér qu'il me suffise de dire ceci : trois à quatre semaines plus tard, elle se trouvait guérie.

Depuis sept à huit ans j'avais perdu de vue la malade en question, lorsqu'un jour je vis entrer dans mon cabinet, se traînant plutôt que marchant, un véritable spectre, décharné, exsangue et blanc. C'était encore cette femme et dans un état presque semblable à celui où je l'avais vue dans sa dernière maladie. D'une voix défaillante elle me raconta qu'elle arrivait d'Italie, où elle était en tournée dramatique, que là elle avait été reprise depuis deux mois environ de douleurs violentes d'estomac, de tous les phénomènes d'intolérance gastrique, de vomissements répétés, d'hématémèses, et que notamment elle avait vomi à plusieurs reprises, comme autrefois, de « pleines cuvettes de sang ». — Mais, lui dis-je aussitôt, vous n'avez donc pas repris le remède qui vous avait guérie il y a huit ans, à savoir l'iodure de potassium ? — Non, me répondit-elle, on n'a pas voulu. — Et pourquoi ? — On m'a dit que cela me tuerait. — Bref, séante tenante, je la remis au traitement par l'iodure, le lait et la glace. Or cette fois encore le traitement spécifique fit littéralement merveille en réalisant ses effets surprenants, extraordinaires, auxquels j'avais assisté huit ans auparavant et qui sommairement consistèrent en ceci : suspension brusque de tous les phénomènes, puis guérison, et guérison complète en l'espace de quelques semaines.

DIEULAFOY. *Syphilis de l'estomac*. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1897-1898, t. II, Paris, 1899, p. 63.

Le 14 janvier 1898 entrant dans mon service de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, n° 20, un homme de 33 ans, atteint des symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Il avait éprouvé ses premiers troubles gastriques un an et demi avant dans le courant de mai 1896. Il fut soigné à cette époque à l'Hôtel-Dieu-Annexe dans le service de M. Menetrier. Il se plaignait alors de douleurs stomacales dont l'intensité augmentait après le repas, douleurs qui retentissaient dans la région dorsale et qui étaient fréquemment suivies de vomissements alimentaires. Le malade fut considéré comme atteint d'ulcus simplex; on prescrivit le régime lacté absolu : lait, képhir, glace et potions morphinées, on appliqua à la région stomacale des ventouses et des pointes de feu.

Quelques semaines plus tard le malade ne se trouvant pas suffisamment amélioré, et peut-être peu désireux de continuer son régime lacté, quittait l'hôpital. Mais toujours en proie aux mêmes souffrances, il ne tarda pas à rentrer le 15 juillet à l'Hôtel-Dieu, cette fois dans le service de M. Ferrand. Les symptômes n'avaient pas varié : mêmes douleurs épigastriques et rachidiennes, intolérance stomacale, vomissements alimentaires.

Il est de nouveau soumis au traitement de l'ulcus simplex : régime lacté, forte médication alcaline, bicarbonate de soude, révulsifs, applications fréquentes de ventouses à la région stomacale et au rachis.

Après trois mois de traitement interrompu par un court séjour à Vincennes, le malade quitte l'hôpital sans amélioration

notable. Il ne tarde pas à rentrer à l'Hôtel-Dieu, et se fait recevoir, le 20 mars, dans le service de M. Singeot.

Les douleurs gastriques ont encore augmenté d'intensité, l'ingestion des aliments exaspère ces douleurs, les vomissements alimentaires sont très fréquents. Un soir, à 11 heures, survient une hématomèse très abondante, le sang est vomi en liquide et en caillots, les caillots sont même si volumineux que le malade doit les extraire de sa bouche avec les doigts. L'interne de garde, appelé au moment de l'hématomèse, prescrit la glace à l'intérieur et fait appliquer des vessies de glace à la région épigastrique. Pendant les huit mois que cet homme est resté dans le service de M. Singeot, le traitement a été des plus variés et des mieux conduits. On a repris le régime lacté, lait et képhir, qui avait été prescrit dans les autres services hospitaliers, et la médication alcaline, bicarbonate de soude et eau de Vichy, a été associée au régime lacté. Ce régime ne donnant pas les résultats attendus, on a prescrit une alimentation en partie composée d'œufs et de poudres de viande. Des lavages de l'estomac ont été faits tous les jours pendant trois mois ; une révulsion intense a été appliquée dans différentes formes : ventouses sèches, ventouses scarificées, teinture d'iode, cinq vésicatoires et pointes de feu par centaines. Devant la ténacité du mal, et bien que cet homme ne présentât aucun stigmate d'hystérie, on s'est demandé si un élément nerveux ne jouait pas un certain rôle ; on a fait administrer des douches tous les jours pendant plusieurs semaines, on a eu recours aux bains de tilleul prolongés pendant deux heures, on a pratiqué des séances d'aimantation. Mais toutes ces médications sont restées sans résultat ou peu s'en faut.

Le malade quitte encore une fois l'hôpital et il rentre le

14 novembre à l'Hôtel-Dieu-Annexe, cette fois dans le service de M. Vaquez qui a bien voulu me donner à son sujet des renseignements circonstanciés : cet homme continuait à présenter tous les symptômes de l'ulcus simplex, il eut même une nouvelle hématomèse plus abondante que l'hématomèse qu'il avait eue dans le service de M. Singeot.

Le malade maigrissait, dépérissait, souffrait continuellement, et n'avait plus de sommeil. Devant l'inefficacité des moyens employés jusque-là, et devant la persistance et la longue durée de l'ulcus stomacal qu'aucun traitement ne semblait pouvoir amender, l'idée de l'intervention chirurgicale gagnait du terrain et M. Vaquez se préparait à l'envoyer en chirurgie. C'est sur ces entrefaites que le malade entre dans mon service le 14 janvier.

Il est blotti dans son lit, abattu, abruti par la souffrance, l'œil terne et l'air hébété.

Les symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'ulcus simplex qui a été porté depuis un an et demi dans les différents services où cet homme a séjourné.

La douleur est nettement accusée aux points xyphoïdien et rachidien. Cette douleur, nous dit le malade, le traverse de part en part ; elle le prive de tout repos, elle irradie au thorax et à l'abdomen ; elle n'est jamais plus vive qu'après les repas, elle apparaît même après l'ingestion du lait et l'estomac est tellement intolérant que lait et aliments sont fréquemment rendus une heure ou une demi-heure plus tard. Je ne constate aucune dilatation de l'estomac, le creux épigastrique est très sensible à la pression, et cet homme n'éprouve quelque soulagement qu'en se couchant sur le côté droit. Au cours de l'examen, on aperçoit aux jambes quelques cicatrices donnant l'impression d'anciennes syphilides ulcéreuses.

Le malade est interrogé dans ce sens. Il raconte en effet avoir eu la syphilis en juillet 1895 ; il fut soigné à cette époque à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Fournier pour des accidents syphilitiques. Il ne resta que quinze jours dans le service de M. Fournier et c'est dix mois après ces manifestations syphilitiques qu'apparurent les premiers symptômes de l'ulcération gastrique. Il était donc permis de supposer que les accidents gastriques qui depuis dix-huit mois tourmentaient cet homme, étaient de nature syphilitique. Cette hypothèse déjà mise en avant par mon chef de clinique M. Kahn, lorsqu'il me présenta le malade, était d'autant plus admissible que le régime lacté et autres traitements, qui d'habitude améliorent ou guérissent l'*ulcus simplex*, étaient restés, ici sans résultat.

Pendant un an et demi, nous venons de le voir, les médications les plus rationnelles avaient été prescrites et l'inefficacité absolue de moyens médicaux avait suggéré, en dernier lieu, l'idée d'une intervention chirurgicale.

Avant de prescrire le traitement spécifique, je voulus me rendre compte de l'état du malade, je ne lui prescrivis aucune médication et je me contentai de le soumettre pendant quelques jours uniquement au régime lacté. Mais les violentes douleurs stomacales et les vomissements continuaient comme par le passé, le lait était vomi liquide et en caillots. C'est alors que je prescrivis le traitement mercuriel sous forme d'injections de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre, médication excellente, inoffensive, que vous me voyez employer constamment. La première injection fut faite le 18 janvier. Pendant cinq jours les symptômes persistèrent sans la moindre modification ; les douleurs continuèrent et le lait fut mal toléré. Mais dès le sixième jour du traitement, c'est-à-dire dès la sixième injection, les douleurs

diminuèrent, disparurent et les vomissements cessèrent complètement. Le malade dormait lui qui depuis si longtemps était privé du sommeil ; sa physionomie se modifiait d'un jour à l'autre ; il ne savait comment nous témoigner sa surprise de se sentir si rapidement transformé.

Dès ce moment, il put absorber 2 ou 3 litres de lait sans le moindre vomissement et il éprouva un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis un an et demi.

Le 4 février, c'est-à-dire après la quatorzième injection, je voulus tenter un fort repas d'épreuve, composé de viande, de légumes et de pain ; le repas fut pris avec avidité, avec trop d'avidité, et il fut en partie vomi. Je prescrivis alors une alimentation graduelle et progressive. En même temps j'avais associé l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour aux injections mercurielles. Douleurs stomacales, vomissements n'avaient plus reparu. Le malade engraissait à vue d'œil au point de reprendre 4 kilos en cinq semaines ; les personnes qui le suivaient journellement étaient étonnées de progrès si rapides. En un mot, il était guéri. J'arrêtai le traitement après la trentième injection de biiodure d'hydrargyre, mais je continuai encore l'iodure de potassium.

DIEULAFOY. *Cliniques*, 1902.

Il s'agit d'un malade atteint de syphilis qui, au milieu d'une bonne santé et sans raison apparente, est pris de malaise avec sueurs froides et brusquement vomit une énorme quantité de sang noir. Les mêmes phénomènes se reproduisent le lendemain et il a coup sur coup plusieurs hématomèses qu'il estime, à peu près, à 1 l. 1/2 de sang. Il est alors transporté à l'Hôtel-Dieu dans

un état d'anémie très marqué. D'ailleurs deux ans auparavant et toujours sans cause appréciable, il avait eu déjà plusieurs jours de suite des hématomèses abondantes pour lesquelles il entra à l'hôpital Lariboisière où il s'améliora progressivement sous l'influence du régime lacté.

Ainsi cet homme avait eu, séparées par un long intervalle, deux crises d'hématomèses dont il fallait rechercher la cause. Après avoir écarté le cancer, les cirrhoses et les varices œsophagiennes ou stomacales, l'ulcération simple et l'ulcère rond, l'attention fut attirée par ce fait que le malade avait eu la syphilis en 1884. En 1887 il présente un testicule syphilitique suivi bientôt de gommes dans la région de l'épaule et du cou, gommes dont il souffre encore et qui étaient en poussée active au moment de sa première hémorragie. Le traitement mercuriel ayant été suivi les hématomèses ne se reproduisirent plus et le malade vit son état de santé s'améliorer assez pour pouvoir quitter l'hôpital; mais il revint récemment avec de nouvelles poussées gommeuses dans ses anciens foyers. Après une nouvelle série d'injections, il pouvait être considéré comme guéri, lorsque de nouvelles gommes se produisirent encore et il fallut recommencer le traitement spécifique. On est donc en présence d'une syphilis tertiaire à répétition et il est probable que ce qui s'est passé du côté de la peau s'est produit chez lui au niveau de la muqueuse gastrique et que se sont développées, dans cette muqueuse, des gommes syphilitiques qui ont guéri et reparu quelque temps après.

Voilà donc trois observations, bien nettes, bien caractéristiques et dans lesquelles le diagnostic n'a été fait que par anamnèse. Dans tous ces cas en effet le méde-

cin n'a appliqué le traitement spécifique que lorsqu'il a su les antécédents syphilitiques du malade. Antérieurement tous les diagnostics ont été faits et tous les traitements classiques employés. Pourquoi donc ? C'est qu'en effet les symptômes n'avaient rien qui prît au premier abord un cachet spécial imposant une opinion. Chacun était commun à d'autres affections gastriques et rien ne pouvait faire soupçonner d'après eux une infection et un processus spéciaux. N'en est-il pas de même entre hématomés et métrorragies ? Ne sont-ce pas l'un et l'autre des phénomènes banaux que l'on ne peut imposer d'une façon absolue à une forme déterminée de maladie ?

Tout au plus pourra-t-on par des observations nombreuses et répétées déduire de leur mode d'apparition, de leurs aspects cliniques, de leur quantité, de leur fréquence, etc... des conclusions qui un jour feront distinguer ces signes les uns des autres à la condition toutefois que les cliniciens veuillent bien admettre l'existence de ces hémorragies syphilitiques.

En un mot nous plaçons pour la vraisemblance de la cause. Si dans tout l'organisme la syphilis peut être un facteur d'artérite il n'y a pas de raisons pour ne pas admettre qu'elle ne soit pas la cause d'un processus analogue du côté de l'estomac ; actuellement cette proposition paraît démontrée ; de plus on a prouvé également la présence d'autres manifestations spécifiques du côté de l'estomac : les formations gommeuses.

Pourquoi donc encore une fois, lorsqu'il s'agit des organes génitaux, leur refuser de participer au cadre

de l'infection syphilitique, de les excepter du reste de l'organisme, de créer pour ainsi dire une espèce de dualité dans les fonctions physiologiques viscérales. Logiquement en effet on ne peut conclure qu'à cette chose : l'analogie des symptômes entraîne dans l'idée de l'observateur la possibilité de localisation identique dans tel ou tel endroit de l'organisme.

Pourtant ici nous nous permettrons de dégager, de ces trois observations citées, un fait qui nous a paru avoir sa grosse valeur, étant donnée la suite de la maladie sous l'influence du traitement : ce trait qui nous a semblé caractéristique c'est l'abondance et la répétition des hémorragies qui contrastent vivement avec l'amélioration rapide datant du traitement spécifique.

Nous avons voulu faire remarquer ce symptôme parce que d'autre part chez un certain nombre de malades atteintes de métrorragies, les pertes sanguines ont été également signalées comme très considérables et qu'elles ont cédé rapidement à la médication spécifique, en cela bien différentes de tant d'affections utérines se manifestant par des symptômes analogues et dans lesquelles ces manifestations hémorragiques sont souvent si tenaces malgré les efforts répétés des thérapeutes durant quelquefois plusieurs années. Il y aurait là une certaine corrélation dans les formes hémorragiques tant du côté utérin que des certaines viscères (estomac).

Si nous nous sommes écarté du sujet principal nous l'avons fait à dessein. L'étude de la syphilis gastrique est dans son évolution tout à fait analogue, comme nous allons le voir du reste, à l'étude des métrorragies

syphilitiques. Nous ne saurions mieux faire pour apprécier l'importance pratique de cette étude que de citer le passage suivant emprunté à M. le professeur Fournier, passage d'une portée générale que nous nous croyons pleinement autorisé à appliquer *mutato nomine* à la question qui nous occupe.

En parlant des erreurs qu'on commet à chaque instant quand il s'agit de la syphilis l'éminent professeur ajoute :

« En l'espèce d'où proviennent ces erreurs ? Il est
« curieux et important de rechercher le comment et
« le pourquoi ? Bien sûrement elles procèdent de deux
« préjugés qui hantent encore l'esprit de nombre de
« médecins et qui sont véritablement néfastes comme
« conséquences. Le premier est celui qui considère
« encore la syphilis gastrique comme non authentique,
« tout au moins qu'il la regarde comme une rareté,
« comme une « exception » dont il n'ait pas à se pré-
« occuper, dont il n'ait pas à tenir compte dans un
« diagnostic de causalité. » Contre celui-ci nous n'avons
« qu'à protester par des exemples et témoignages clini-
« ques. Le second est d'ordre général et plus funeste
« encore aux malades. Il réside dans cette croyance
« que la syphilis ne saurait exister qu'avec des symp-
« tômes propres spéciaux et qu'on n'est autorisé à la
« diagnostiquer que d'après de tels symptômes. En
« l'espèce, il conduit à raisonner de la sorte ; et que de
« fois pour ma part n'ai-je pas entendu ce qui va suivre :
« des douleurs d'estomac, des phénomènes de dyspep-
« sie, de gastralgie, des vomissements, voire des héma-

« témèses : ce sont là tous symptômes d'ordre banal,
« vulgaire, avec lesquels la syphilis n'a rien à voir.
« Mettre la syphilis en cause à propos de tels symp-
« tômes c'est vouloir la mettre en cause à tout propos,
« non moins que hors de propos. Soupçonnons, recher-
« chons, accusons la syphilis là où elle s'atteste par
« des symptômes à elle, rien de mieux ; mais ne la
« voyons pas partout et n'allons pas l'inculper à propos
« de symptômes ou de syndromes d'ordre vulgaire.

« Détestable, pernicieux raisonnement ! Car, s'il est
« une vérité bien établie par les recherches modernes
« c'est que la syphilis est bien loin de se traduire par-
« tout et toujours par des symptômes spéciaux ; elle
« n'en a que pour ses manifestations extérieures, appré-
« ciables à l'œil ; mais elle n'en a pas eu tant qu'ex-
« pression d'accidents viscéraux. Alors qu'elle affecte
« les viscères, elle ne se traduit que par des troubles
« fonctionnels d'ordre commun. Je mets au défi qu'on
« cite, à propos des viscéropathies spécifiques, un seul
« symptôme spécial, qui n'appartienne qu'à la syphilis,
« que la syphilis soit seule à produire. Je mets au défi
« par exemple que dans la syphilis cérébrale, si émi-
« nemment féconde en manifestations des plus diverses
« on trouve un seul trouble fonctionnel qui relève en-
« propre de la syphilis comme origine et qui permette
« de dire : « Cette encéphalopathie est sûrement de
« nature syphilitique. » Et de même pour les viscéro-
« pathies spécifiques qui intéressent le cœur, le poumon,
« le foie, le rein, etc. Et, en vérité, il ne saurait en être
« autrement. Un viscère qui souffre n'a pas une plainte

« spéciale adaptée à la nature de telle ou telle cause
« qui l'a rendu malade. Il se plaint et ne peut se plain-
« dre qu'à sa façon et toujours de la même façon (ou
« bien peu s'en faut), quelle que soit la nature de son
« mal.

« En tout état de cause il traduit sa souffrance par
« des troubles fonctionnels qui ne sauraient avoir rien
« que de banal. Qu'on se rappelle à ce propos une très
« spirituelle comparaison d'un auteur anglais, Buzzard :
« Lésée dans son organisme moteur une montre n'a
« pas plusieurs façons de traduire sa lésion : elle la
« traduit toujours par une marche déréglée, puis par un
« arrêt, que ce soit un cheveu, un grain de sable, ou le
« traumatisme d'un de ses rouages, qui ait été l'origine
« première de sa lésion.

« Exiger d'elle (de la syphilis) des symptômes spéciaux
« c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais et à
« ne la reconnaître qu'à l'autopsie. »

« Je demande aux malades ce qu'ils penseraient d'un
« tel procédé diagnostique.

« Donc, il est du devoir du médecin de mettre la
« syphilis en cause dans son bilan diagnostique, et si
« rien ne contredit ce rapport étiologique, si la mala-
« die n'est pas nettement imputable à telle ou telle ori-
« gine d'ordre différent, d'intervenir thérapeutique-
« ment par le traitement spécifique. Cela pour le plus
« grand bien du malade, comme l'ont démontré de nom-
« breux exemples. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

MESSENGER BRADLEY. *Syphilitic post-partum. Hæmorrhage.*
The Manchester Medical and Surgical Reports, octobre 1870,
p. 45.

Femme de 36 ans. Ménorragie abondante après la délivrance du huitième enfant.

A contracté la syphilis après son quatrième accouchement.

Les enfants qui sont venus au monde après la contagion étaient mort nés, un troisième, né à 7 mois, est mort six semaines après avec des signes de spécificité, le dernier âgé de 3 ans est vivant et présente un nez plat et un coryza chronique. Une fausse couche. La malade n'a jamais suivi aucun traitement. En dehors des grossesses elle avait ses règles toutes les trois semaines durant huit jours environ.

La malade avait des pertes sanguines après les quatre derniers accouchements. Les quatre premiers enfants étaient vivants et bien portants.

En fait de manifestations syphilitiques la malade ne présente qu'un psoriasis palmaire.

Le neuvième accouchement s'est passé très bien. L'enfant naquit vivant. Placenta malade, probablement syphilitique. Tout alla bien pendant une semaine quand tout d'un coup la malade a commencé à perdre du sang en grande abondance. Malgré tous les traitements, l'hémorragie ne s'arrêta pas. L'injection au perchlorure de fer amenait la cessation de la métrorragie mais seulement pendant quarante-huit heures. Après un mois de perte, anémie profonde.

L'enfant était nettement un spécifique héréditaire. Administration du traitement mercuriel.

Arrêt des hémorragies. Après une semaine la malade cessa le traitement.

Réapparition des métrorragies. On reprend le mercure, les pertes sanguines disparaissent.

La malade a de nouveau interrompu le traitement et les métrorragies ont réapparu.

Finalement après un traitement de trois semaines les métrorragies se sont arrêtées et ne sont plus revenues depuis.

Épicrose : Cette observation nous paraît démonstrative en faveur de métrorragies syphilitiques. Voilà une femme nettement syphilitique qui, quelque temps après un accouchement, se met à perdre, sans qu'aucun traitement puisse réussir à arrêter les pertes.

Il n'y a que le traitement spécifique qui donne un excellent résultat.

Les deux interruptions passagères du traitement ont la valeur des véritables expériences cliniques qui dé-

montrent que le mercure seul a été capable de juguler ces métrorragies.

V. FOURCAULT. *Étude sur l'hypertrophie exulcération du col de l'utérus dans la syphilis secondaire*. Thèse de Paris, 1877.

La nommée D... Gabrielle, âgée de 23 ans, insoumise, entre à Saint-Lazare, le 22 décembre 1876, salle 21, lit 5.

Aucun antécédent au point de vue syphilitique.

Bonne santé habituelle, pas d'enfant, pas de fausse couche, toujours bien réglée ; n'a jamais eu de pertes dans l'intervalle des règles qui sont assez abondantes.

A l'entrée, le col est normal, son diamètre mesure 23 millimètres. Huit mois de continence. Elle vivait maritalement avec quelqu'un depuis le 20 novembre, lorsqu'elle voit le 20 décembre une petite écorchure à la grande lèvre droite et au tiers inférieur une ulcération un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes, reposant sur une base nettement indurée.

Les bords ne sont pas taillés à pic. Avec la loupe, on constate un pointillé ayant l'apparence du frai de grenouille signalé par Clerc.

Pléiade ganglionnaire des deux côtés plus prononcée à droite qu'à gauche. Gorge saine, roséole confluyente occupant la poitrine, les cuisses, le cou et les bras.

10 janvier. — La malade a ses règles, les précédentes s'étaient montrées le 15 décembre, quelques coliques.

Depuis quatre jours fièvre quotidienne à 3 stades commençant à 5 heures du soir et durant deux heures. Apparition des syphilides papuleuses vulvaires disséminées. Le chancre n'est pas complètement cicatrisé, toujours de la rubéole.

Traitement mercuriel (bichlorure)

12 *janvier*. — Fièvre a disparu.

16 *janvier*. — Hémorragie utérine légère, le col n'offre rien de particulier ; le toucher n'est pas douloureux. Pas de point abdominal, lombaire, coccygien.

24 *janvier*. — Le col présente la coloration violacée. Il est hypertrophié, son diamètre mesure 36 millimètres.

Exulcération occupant les deux lèvres, large comme une pièce de 1 franc, couleur rouge brique un peu de catarrhe.

Sirop de Gibert.

28 *janvier*. — Le chancre est cicatrisé, nouvelle hémorragie, même état du col, quelques douleurs lombaires erratiques. Angine syphilitique légère, les amygdales sont hypertrophiées.

5 *février*. — La roséole existe toujours quoique très pâlie, bain de sublimé, l'exulcération n'occupe plus que la lèvre antérieure du col dont le diamètre ne mesure pas plus de 30 millimètres.

16 *février*. — Nouvelle hémorragie. Toucher indolore, quelques douleurs abdominales.

19 *février*. — L'angine est guérie. Les syphilides vulvaires sont presque complètement cicatrisées. L'exulcération a complètement disparu. Le diamètre du col est de 24 millimètres.

23 *février*. — Nouvelle hémorragie, l'examen au spéculum n'offre rien de particulier, aucune douleur.

28 *février*. — La malade quitte le service. Il ne reste plus trace des accidents syphilitiques, si ce n'est une légère hypertrophie de l'amygdale droite.

Épïcrise : Cette observation nous a paru intéressante en ce sens que l'hémorragie est revenue après la dispa-

rition des accidents locaux. Cela nous permet d'incrimer l'influence générale de la syphilis en tant que maladie générale.

Nous faisons cette conclusion bien timidement étant donné que l'auteur ne s'arrête pas beaucoup sur ce phénomène, le signale en passant, son travail étant orienté dans un sens tout à fait différent.

WOLTER. *Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio.* — München Medizinische Wochenschrift, 1896, XLIII, p. 474.

Il s'agit d'une bonne qui était contaminée par la syphilis à l'âge de 15 ans par un soldat.

Elle a communiqué la syphilis à son fiancé qui après diverses péripéties a fini par l'épouser. De ce mariage naquirent neuf enfants tous mort-nés. Quelques-uns sont venus au monde macérés d'autres plus ou moins avant terme. Le dernier enfant est mort pendant l'accouchement par la faute de la sage-femme.

Il ne présentait pas les stigmates de l'hérédo-syphilis. Cet accouchement a eu lieu en février 1895 ; depuis menstruation régulière jusqu'à fin septembre. Vers cette époque l'apparition des métrorragies prolongées, tenaces et très abondantes. La malade continua néanmoins son travail jusqu'au 13 novembre.

Examen. — Pâleur des muqueuses. Cheveux rares. Pas de signes de syphilis. Dans le vagin on trouve un mucus sanguinolent.

Au spéculum on voit sur le côté droit du col de l'utérus une ulcération suintante qui paraît se prolonger dans la cavité de l'utérus. Le côté gauche du col paraît conservé. L'utérus

n'était pas augmenté de volume. Comme les excréta n'étaient pas fétides et les bords n'étaient pas épaissis, comme d'autre part la destruction étendue des tissus permettait d'exclure une affection inflammatoire de l'endométrium, il était impossible de formuler un diagnostic certain. Malgré l'absence de symptômes caractéristiques j'ai posé le diagnostic probable de carcinome, je ne pensais pas à la syphilis, n'ayant jamais vu une pareille lésion occasionnée par la syphilis. Pour arrêter l'hémorragie j'ai mis un tampon de gaze iodoformée et ordonné des injections à l'eau salycilée. Le soir même je fus appelé auprès de la malade pour une forte hémorragie. Je l'ai trouvée dans un état lamentable. Elle se plaignait d'avoir froid, céphalée, vertiges, pouls petit, filiforme, fréquent, sueurs froides sur la peau. En outre elle présentait des vomissements avec de la diarrhée s'accompagnant d'une forte douleur dans l'abdomen. Vers le soir les tampons furent repoussés par le sang et depuis le sang s'écoulait abondamment au point que la malade nageait pour ainsi dire dans son sang. En voulant examiner la malade il en est sorti un grand caillot de sang du volume de deux poings. A la suite s'écoula du sang liquide. Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée. Arrêt de l'hémorragie.

J'ai prescrit l'enveloppement des jambes et des stimulants. Amélioration de l'état général. J'ai enlevé le tampon après vingt-quatre heures : il n'y avait plus d'hémorragie.

En scrutant les antécédents de la malade, l'idée m'est venue que l'ulcération pouvait être une gomme syphilitique détruite. J'ai ordonné à titre d'essai l'iodure de potassium. La plaie a commencé à prendre de jour en jour le meilleur aspect et finit par se cicatriser complètement au bout de trois semaines.

GELLI. *Endométrite fungosa et sifilide*, Settimana Medica della sperimentale anno L, n° 25. Communication faite à l'Académie médico-physique de Florence le 8 juin 1896. Cité d'après Betti Ugo Arturo. *La Clinica Ostetrica*, juin 1905, v. VII, fasc. 6.

Malade multipare âgée de 54 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de 30 ans. Ménopause à 18 ans, souffre depuis quatre ou cinq mois de métrorragies peu abondantes, mais continues, rendant la malade faible et anémique.

Organes génitaux externes présentant un stade avancé de l'évolution sénile ; col petit, dur et pâle et privé de solution de continuité, corps de l'utérus uniformément augmenté, mobile, indolore. On trouve à la région inguinale un petit ganglion de grosseur d'une noix et au tiers inférieur du tibia une petite tumeur. S'agissait-il ici d'une endométrite glandulaire, du cancer ou de la syphilis tertiaire tardive de l'utérus (artério-sclérose) ? L'examen histologique a fait rejeter la possibilité du cancer. Le traitement spécifique institué, on a obtenu de bons résultats quinze jours après. Les métrorragies ont disparu en même temps que la tumeur sur le tibia. L'utérus et le ganglion inguinal ont diminué de volume. L'amélioration de l'état général s'ensuivit.

OZENNE. *De la syphilis tertiaire des ovaires.*

Semaine gynécologique, 1898, p. 193.

Il s'agit d'une jeune femme, M^{me} V., actuellement âgée de 32 ans. Sans antécédents pathologiques de jeunesse, elle avait été réglée à 13 ans 1/2, toujours régulièrement et assez abondamment, pendant cinq années ; puis, à l'occasion d'une époque

menstruelle, elle aurait présenté des accidents d'hématocèle péri-utérine, pour lesquels elle resta alitée environ six semaines.

Quelque temps après elle se mariait et, pendant une année, les règles apparurent à peu près périodiquement ; mais bientôt elles devinrent irrégulières et d'une durée plus longue ; puis aux ménorragies succédèrent des métrorragies qui se répétaient tous les quatre ou cinq jours sans qu'aucune fausse couche n'ait été positivement constatée. La malade ne paraît avoir eu, avant ses hémorragies, aucune des manifestations secondaires habituelles de la syphilis.

Mais l'apparition de quelques douleurs intermittentes au niveau des deux fosses iliaques, de maux de tête répétés et les hémorragies utérines que différents traitements médicaux n'étaient pas parvenus à arrêter, contribuèrent à développer, chez cette jeune femme, un certain degré de neurasthénie. C'est à cette époque (février 1892) que, pour la première fois, nous vîmes la malade qui, quoique affaiblie par ses pertes presque continues, mais non à chaque fois très abondantes, n'était pas cependant très anémiée.

Je passe sur l'examen général de différents organes, n'offrant aucune particularité à signaler, pour mentionner de suite l'état des organes génitaux.

L'utérus, tout en étant un peu plus volumineux que normalement, n'était le siège d'aucune lésion apparente. Mobile et non douloureux, il laissait suinter un peu de sang, sa cavité ne présentait pas de dilatation. Les culs-de-sacs étaient souples et entièrement libres ; mais à la palpation de l'abdomen, on percevait dans chaque fosse iliaque une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite et du volume d'une petite mandarine ; elle donnait la sensation d'un gros ovaire scléro-kystique.

Notre ami, le Dr P. Régnier, dans le service duquel la malade fut transportée, à Tenon, porta le même diagnostic et lui proposa une opération pour la débarrasser de ces deux tumeurs, cause probable des hémorragies. L'ablation par la laparotomie en eut lieu en mars 1892 et ne fut suivie d'aucun incident.

Les tumeurs du volume d'un petit œuf étaient bien formées aux dépens des ovaires, qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à la coupe et avait par places l'aspect fibroïde. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué.

Dans l'année qui suivit cette opération, la malade eut à plusieurs reprises des crachements de sang qui, à chaque fois, disparurent rapidement par l'emploi de dragées contenant de l'ergotine, du sulfate de quinine et de l'extrait de bryone. Les hémorragies utérines ne reparurent plus et l'état général s'améliora très rapidement.

Mais à partir de 1893 jusqu'en 1895, se montrèrent à intervalles irréguliers des bouffées de chaleur, des phénomènes congestifs et neurasthéniques variés, et surtout des crises de céphalalgie, accidents que nous croyions liés à la castration et contre lesquels échouèrent les traitements médicaux, les injections de suc testiculaire et l'opothérapie ovarienne elle-même, chacun d'eux administré à dose suffisante.

En présence de ces échecs thérapeutiques, il nous vint à l'idée que les lésions scléreuses, constatées sur les ovaires pouvaient être de nature syphilitique et qu'il y avait peut-être une corrélation à établir, bien qu'on ne trouvât aucune trace de syphilis ancienne ou récente, sur la malade, entre ces tumeurs, qui auraient été alors des syphilomes ovariens, et les accès de céphalalgie dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un traite

ment composé de frictions mercurielles, d'iodure de potassium et de toniques, fut dès lors prescrit.

Ce traitement fut ainsi institué : Pendant trois mois, chaque mois dix jours de frictions mercurielles ; dix jours de KI (2 à 3 gr. par jour) ; et dix jours de pilules toniques (arsenic, fer, kina, valériane), concurremment avec des bains sulfureux. L'amélioration fut manifeste dès le deuxième mois. Toutefois, le traitement complet dut être continué de la même manière pendant près d'une année, son interruption pendant trente jours ayant été à deux reprises suivie du retour de la céphalée. L'année 1896 s'est ainsi écoulée.

En 1897 la malade a repris de l'iodure de potassium pendant trois mois ; aucun des accidents antérieurs n'a reparu et actuellement elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraisé.

Le sujet de notre seconde observation, M^{me} B..., est une forte et grande femme de 35 ans, dont le tissu adipeux s'est très développé depuis quelques années. La menstruation s'est établie chez elle, à l'âge de 14 ans, et a été régulière et normale pendant trois années à l'issue desquelles elle aurait eu pendant plusieurs mois des pertes assez abondantes. Elle fut alors traitée, comme chloro-anémique. Ces troubles ne se sont pas renouvelés pendant quelque temps.

Mariée en 1886, elle accouchait deux ans plus tard d'un enfant à terme qui succombait après plusieurs mois, à la suite d'une maladie mal spécifiée.

Pendant toute la durée de cette grossesse ainsi qu'après l'accouchement, rien d'anormal ne paraît devoir être relevé dans l'état de santé de M^{me} B... jusqu'en 1892.

A cette époque deuxième grossesse et accouchement prématuré à huit mois, attribué par la malade à une injection trop chaude. L'enfant naît vivant et meurt le lendemain ; la cause de la mort est restée ignorée de la mère qui ne nous fournit aucun renseignement à cet égard.

Les suites immédiates de couches furent bonnes ; mais trois mois plus tard, survint une hémorragie utérine, assez abondante et, consécutivement, les règles devinrent irrégulières en affectant souvent le caractère de ménorragies.

Il en fut ainsi pendant une année et, à partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus brusquement en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquels même il n'était pas rare de constater un suintement rosé.

C'est alors que le 15 avril 1895, un curettage fut pratiqué par un de nos confrères gynécologues, accoucheur des hôpitaux, et suivi d'une disparition absolue du sang pendant trois mois.

L'écoulement reparaissait ensuite de nouveau, parfois assez abondant, le plus souvent en petite quantité, mais d'une façon presque continue et pendant les mois de février et de mars 1896 les pertes s'accrurent très notablement. La malade vient alors me consulter.

10 avril 1896. — Malgré les hémorragies qui s'étaient succédées depuis plusieurs années, M^{me} B... ne paraissait pas affaiblie : elle n'avait pas maigri ; aucun trouble des voies digestives n'existait et sauf les pertes de sang et un certain état de nervosisme plus accentué depuis quelques mois elle n'aurait eu aucune raison de se considérer comme une malade.

D'ailleurs elle ne l'était que par ses organes génitaux, car sur le reste du corps on ne trouvait aucune lésion à noter. L'utérus offrait quelque particularité relevant de la congestion chronique,

dont il était le siège. Les lèvres du col étaient molles, œdématisées et un peu congestionnées; aucune ulcération ne se voyait à leur surface. Par l'orifice externe entr'ouvert, un cathéter traversait facilement la cavité cervicale et pénétrait jusqu'à 9 centimètres de profondeur; il n'y avait donc pas augmentation de la cavité utérine.

Toutefois l'organe mobile non douloureux et en légère rétroversion était un peu accru de volume dans sa totalité et dans sa consistance assez ferme, n'éveillait pas cependant l'idée d'une consistance fibreuse; d'ailleurs on ne sentait à sa périphérie aucune saillie pouvant faire songer à l'existence de productions fibreuses. Les culs-de-sacs vaginaux étaient souples et nullement effacés.

Quant aux annexes, explorés par la palpation abdominale, si les trompes ne semblaient pas augmentées de volume (d'ailleurs jamais à aucune époque il n'y avait eu de symptômes de salpingite), les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et plus sensibles à la pression; leur volume pouvait atteindre celui d'un marron.

En résumé on ne trouvait chez cette malade aucune lésion (polype, débris placentaires, fibrome, cancer) capable d'expliquer ces hémorragies déjà anciennes et rebelles à de nombreux traitements; et si l'on eût pu supposer qu'elles fussent dues à des fongosités utérines bien que rien dans le passé ne vînt témoigner en faveur d'une métrite fongueuse, le curettage qui avait été fait en 1895 devait faire rejeter cette hypothèse puisque l'opération n'avait pas été suivie d'un succès durable.

Une altération du sang, par suite de dyscrasie aiguë, ne pouvait être invoquée car aucune maladie générale infectieuse n'avait atteint la malade; il n'y avait pas davantage de raisons de faire

intervenir, comme facteurs pathogéniques soit le paludisme (le sulfate de quinine ayant été administré sans succès pendant un certain nombre de semaines), soit l'hémophilie dont aucune manifestation ne s'était montrée. Il ne restait donc qu'une maladie constitutionnelle, une diathèse à incriminer et, seule, la syphilis pouvait être en cause.

Cependant la malade n'en présentait ni trace ancienne, ni manifestation actuelle et, dans ses antécédents pathologiques, nous n'avions rien découvert qui pût être rapporté à cette maladie. La mort par cause inconnue de son premier enfant et sa fausse couche sans raison bien déterminée plaidaient seules en faveur d'une syphilis ignorée et latente.

Cette hypothèse que le souvenir de notre première observation renforçait encore, était bien légitime, ainsi que nous l'ont prouvé, d'une part, le résultat du traitement anti-syphilitique et d'autre part la certitude acquise ultérieurement que le mari de notre malade avait contracté avant son mariage un chancre induré.

Comme chez notre première malade nous avons prescrit le traitement mercuriel et ioduré : dix jours de friction, dix jours de l'iodure (2 gr.) et dix jours de pilules toniques. Ce traitement a été suivi du 10 avril au 20 août 1896, sauf en juin où toute médication fut interrompue.

Dans chacun des mois de mai et de juin, il y eut suppression complète de l'hémorragie pendant quinze jours. En juillet les règles durèrent treize jours puis aucun écoulement ne reparut jusqu'au 10 septembre. La malade se trouvait à cette époque en Italie où elle séjourna jusqu'au mois de novembre. Pendant ce temps elle négligea de reprendre tout traitement comme je le lui avais conseillé; aussi les hémorragies reparurent-elles peu abondantes mais fréquentes. Les ovaires, bien qu'ayant diminué

de volume, étaient cependant encore plus gros qu'à l'état normal.

Le même traitement fut de nouveau administré à partir des premiers jours de décembre et continué pendant quatre mois.

Dès le mois de février 1897 l'hémorragie a cessé de paraître en dehors des époques qui sont devenues et restées très régulières et normales pendant tout le reste de l'année 1897 jusqu'à ce jour. Dans le courant de cette dernière année la malade, dont l'état de santé est actuellement excellent, a repris environ 50 grammes d'iodure.

En résumé dans les deux cas que nous venons de relater nous nous sommes trouvé en présence de deux malades atteintes d'hémorragies utérines sans lésions inflammatoires ou organiques de l'utérus, rebelles aux traitements ordinaires et présentant des ovaires scléreux ou scléro-gommeux contrôlés tels chez la première par la laparotomie et très probablement de même nature chez la seconde.

On peut objecter que l'existence d'une syphilis antérieure ne peut pas être affirmée mais la disparition des accidents généraux et en particulier de la céphalée chez l'une, et la suppression des hémorragies coïncidant avec la diminution des tumeurs ovariennes chez l'autre par la médication mixte antisiphilitique alors que tout autre traitement avait échoué, ne constituent-elles pas des preuves presque incontestables que les accidents étaient bien liés à une lésion d'origine syphilitique ?

Nous savons, il est vrai, que les manifestations ovariennes de la syphilis sont excessivement rares, voire même mises en doute par quelques auteurs.

Cependant on en a relaté plusieurs cas contrôlés par l'examen anatomique.

Aussi nous sommes-nous cru autorisé à rapporter ces observations, convaincu que le traitement ayant, une fois de plus, servi de pierre de touche, le diagnostic de syphilome ovarien s'imposait, malgré l'absence de toute manifestation syphilitique et la valeur relative de signes qui sont capables de déceler les lésions spécifiques des ovaires.

E. OZENNE. *Un nouveau cas d'hémorragie utérine d'origine syphilitique. Angio-sclérose utérine probable de la région cervicale.*

Bull. de la Société médicale du IX^e arrondiss., t. XVIII,
1901, p. 193, séance du 12 décembre.

Il y a environ six semaines, notre excellent confrère, le Dr Perrier (d'Asnières) me demandait de voir une de ses clientes atteinte depuis trois semaines d'hémorragies utérines. Cette femme âgée de 42 ans, de constitution moyenne et d'apparence arthritique, n'avait eu à sa connaissance d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde il y a une quinzaine d'années. Depuis cette époque, sa santé s'est conservée excellente et, pour les organes génitaux en particulier, aucun trouble fonctionnel n'avait été observé.

Les règles avaient été normales et régulières sans être précédées ni suivies d'aucun écoulement leucorrhéique.

Au mois de septembre dernier, elles étaient apparues comme d'habitude, à leur date normale, mais au lieu de se terminer le quatrième ou le cinquième jour, elles avaient continué. Dans les trois semaines qui suivirent, l'écoulement sanguin avait persisté en ne s'interrompant quelquefois que pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, mais pour reprendre avec plus d'in-

tensité, malgré l'emploi des infections vaginales chaudes et des injections hypodermiques d'ergotine.

Pendant les premiers jours de cette hémorragie, l'écoulement s'était produit sans s'accompagner de douleurs. Dans la dernière semaine, des douleurs étaient apparues principalement dans la région sus-pubienne et n'avaient pas été calmées par l'application du sac de glace. Jamais cet écoulement n'avait présenté d'odeur néoplasique, jamais il n'y avait eu la moindre élévation de température et rien ne pouvait faire présumer l'évolution d'une fausse couche.

Examen actuel : malade pâle, affaiblie, offrant le facies des hémorragiques. Poals petit et rapide (85) température 37°. Abdomen dépressible, légèrement ballonné, douloureux à la pression au-dessus du pubis. A la palpation, l'utérus un peu sensible ne paraît pas volumineux. Aucune tuméfaction ni sensibilité dans les fosses iliaques. Au toucher vaginal, col presque fermé, dirigé en arrière, dur et augmenté de volume dans sa lèvre antérieure. Corps mobile et de grosseur normale, sensible aux mouvements communiqués. Culs-de-sac libres et souples. Le toucher et la palpation abdominale combinés n'accusent aucune lésion apparente des ovaires et des trompes. Le toucher rectal est négatif et sur le reste du corps on ne relève aucune lésion.

Dans le but d'établir le diagnostic incertain entre un petit fibrome sous-muqueux de la région cervicale, un polype ou un néoplasme débutant de la muqueuse utérine, nous informons la malade qu'une exploration intra-utérine précédée de dilatation serait nécessaire.

Cette exploration ayant été refusée et l'hémorragie paraissant avoir diminué depuis vingt-quatre heures, nous prescrivons des injections d'ergotinine Tanret, matin et soir. Ces injections

furent renouvelées pendant trois jours sans résultat efficace.

L'examen complet de l'utérus s'imposait alors et nous le pratiquons dans les premiers jours de novembre avec l'intention s'il paraît indiqué, de faire un curettage.

Après cathétérisme (8 cent.) et dilatation rapide suffisante, l'exploration digitale montre qu'il n'existe ni polype, ni fibrome du corps, que la muqueuse n'est pas fongueuse et que la lèvre antérieure du col est seule dure et épaissie, donnant plutôt l'impression d'une infiltration fibroïde que d'un fibrome contenu dans son épaisseur.

Dans ces conditions un curettage paraissait peu indiqué ; aussi après avoir constaté que la curette ne ramenait que de minces débris de muqueuse, l'ai-je rapidement abandonnée, d'autant plus vite qu'en ce moment l'idée m'était venue que la syphilis pourrait être la cause de ces hémorragies.

La malade une fois pansée je l'ai de nouveau interrogée plus complètement (ce que j'aurais dû faire plus tôt) et j'ai appris que, de 18 à 23 ans, elle avait eu trois enfants dont deux étaient morts « plaqués », peu après la naissance, et dont le troisième avait succombé à l'âge d'un an à une soi-disant méningite. Quant à elle-même elle avait éprouvé vers la même époque des maux de tête assez violents. Depuis lors ils avaient disparu.

Ces renseignements me furent confirmés par le mari, dont la jeunesse, me dit-il, avait été « chancreuse ».

Tout cela était suffisant pour me donner quelque espoir dans l'efficacité du traitement spécifique ; mais avant de le faire mettre en pratique j'ai voulu m'assurer que les hémorragies ne cesseraient pas par le fait de l'effleurage de ma curette. J'ai donc attendu quelques jours, après lesquels l'hémorragie a reparu, dès que l'utérus a cessé d'être tamponné.

Des frictions à l'onguent napolitain ont alors été prescrites suivant le *modus faciendi* ordinaire ; à partir de la quatrième l'écoulement sanguin a diminué et le septième jour il a totalement disparu. Le mercure paraît donc avoir été réellement efficace dans cette circonstance.

Après quinze jours de frictions et d'une médication tonique, le traitement a été interrompu. Les règles se sont montrées peu après.

Elles n'ont duré que quatre jours et se sont arrêtées. Spontanément. Actuellement je viens de faire reprendre le même traitement à la malade en me proposant de la suivre.

E. OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare *Un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique*. Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Origine syphilitique probable de cette dégénérescence. La Syphilis. Paris, 1904, p. 217, et la Semaine gynécologique, 1903, p. 337.

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans dont la menstruation avait toujours été normale jusqu'à son mariage en 1894, qui fut bientôt suivi d'une fausse couche. Depuis cette époque sa santé a laissé fort à désirer quoique aucun symptôme de la maladie bien caractérisée n'ait été relevé. Mais cette femme autrefois forte se sentait souvent faible et parfois languissante ; de plus les règles avaient cessé d'être régulières, elles retardaient fréquemment de quatre à cinq jours sur l'époque à laquelle elles auraient dû paraître et fréquemment elles se prolongeaient pendant huit à dix jours, c'est-à-dire un laps de temps double de ce qui avait lieu avant le mariage ; entre temps il n'était même pas rare de voir se montrer un suintement sanguinolent.

Depuis une année de véritables hémorragies faisaient irruption deux fois par mois et lorsque j'ai été appelé à visiter cette malade avec M. le Dr Guillaume (de Nanterre), ces pertes de sang n'avaient pas cessé depuis plusieurs semaines.

13 mai 1902. — Malade est pâle, fatiguée, et dit avoir notablement maigri dans les derniers mois.

L'examen général ne révèle rien qui puisse avoir quelques rapports avec les métrorragies.

L'utérus et les ovaires sont les seuls organes à mettre en cause.

La palpation des fosses iliaques indolente à droite et un peu douloureuse à gauche, démontre que les ovaires sont augmentés de volume. L'utérus occupe la ligne médiane et paraît peu volumineux.

Au toucher vaginal on trouve le col mou et légèrement entr'ouvert. De sa cavité sort un peu de sang.

Le corps en rétroversion est mobile, dur, et sans altération appréciable.

Les culs-de-sacs sont libres et souples. Toucher rectal négatif. Le cathétérisme utérin que je pratique quelques jours plus tard en plaçant une tige de laminaire, donne 8 centimètres comme profondeur de la cavité.

Le 20 mai. — Curettage est pratiqué après l'exploration de cette cavité dont la muqueuse donne une sensation veloutée, mais non fongueuse, ce qui fait douter du succès de l'intervention. Elle a lieu sans incidents consécutifs et pendant trois mois nous croyons à la guérison, car les règles ont reparu à l'époque fixe et sont peu prolongées ; mais à partir du mois d'août, le suintement sanguin revient, sinon aussi abondant qu'autrefois, et d'une façon continue, du moins à intervalles assez rapprochés, prenant

chez cette malade le caractère intermittent qui est assez fréquent lorsque la pathogénie doit en être rapportée à une lésion ovarienne plutôt qu'utérine. Ne pouvant soupçonner, comme cause de cette hémorragie qu'une syphilis silencieuse sous tous les autres rapports et encouragé dans cette idée par la relation de quelques accidents antérieurs mal définis chez le mari de cette malade, nous avons prescrit d'abord des frictions mercurielles pendant une période de trois mois avec suspension de quelques jours chaque mois puis trois pilules de sublimé par jour pendant les premiers mois de cette année.

Sous l'influence de cette médication, les hémorragies ont cessé de se produire et depuis le mois de janvier la menstruation a repris son cours normal et régulier ; l'état général s'est rapidement relevé et la malade a notablement engraisé. Quant aux ovaires ils *ont diminué de volume*, tout en restant néanmoins facilement perceptibles par la palpation abdominale.

E. OZENNE. *Deux cas de métrorragie avec ulcération du col à la période secondaire de la syphilis nulle, autre manifestation, difficulté du diagnostic.*

La Semaine Gynécologique, 1904, p. 154.

Malade, âgée de 22 ans, était déjà entrée à Saint-Lazare en 1902 pour y être soignée de la gale. A cette époque on n'avait noté aucun symptôme de syphilis. La malade rentre dans le service au mois de mai 1903 atteinte d'urétrite gonococcique et d'ulcération du col avec hémorragie utérine.

L'examen général ne dénote aucune trace ancienne ou récente de syphilis soit à la surface du tégument externe, sauf pourtant une légère pigmentation de la région cervicale, soit sur les

muqueuses vulvaires, anales et buccales. Nulle part il n'y a d'engorgement ganglionnaire.

L'exploration des annexes de l'utérus reste négative. L'utérus est mobile et sensible au ballottement et un peu volumineux. Le col est mou et congestionné. Sur la lèvre postérieure on voit une ulcération grisâtre à bords irréguliers et se prolongeant dans le canal cervical ; elle ne repose pas sur une surface indurée. L'orifice du col est ent'ouvert et donne passage à du liquide muco-purulent sanguinolent. De plus, depuis environ un mois, la malade perd chaque jour du sang, quelquefois au point de tacher une ou deux serviettes dans les vingt-quatre heures. Tout en faisant cependant des réserves, nous ne relevons aucun signe certain permettant de penser à une fausse couche antérieure. D'ailleurs, lors même qu'il en aurait été ainsi, la même conduite thérapeutique n'en aurait pas moins été indiquée avec le curettage en plus.

Sans faire une énumération détaillée du traitement qui a été appliqué, je rappellerai qu'il a consisté en dilatations utérines suivies de lavages antiseptiques, de cautérisations de la muqueuse et de l'ulcération du col et de tamponnement à la gaze.

Les premières cautérisations ont été faites avec la solution de chlorure de Zn. au 1/20, puis avec la solution de glycérine créosotée. Les hémorragies persistant, des attouchements au perchlorure de fer ont été pratiqués pendant plusieurs jours ; une amélioration s'en est suivie, mais elle ne fut que temporaire.

Nous avons alors supprimé toute cautérisation et pensant que ces hémorragies et que l'ulcération du col qui n'avait peut-être été primitivement qu'une plaque muqueuse reconnaissaient pour cause une syphilis méconnue, nous avons prescrit des frictions à l'onguent napolitain, suivant la manière habituelle.

L'écoulement sanguin a peu à peu diminué et a disparu au bout de quinze jours. Pendant ce laps de temps, les pansements de l'ulcération du col ont consisté en injections quotidiennes vaginales suivies de l'application d'un simple tampon de gaze iodoformée et la cicatrisation de l'ulcération s'est effectuée sous l'influence de frictions.

Si quelques doutes eussent pu subsister sur l'origine syphilitique de ces accidents ou une fausse couche supposée sur la participation de la syphilis dans les accidents, ces doutes eussent été levés deux mois et demi plus tard, car, le 26 octobre, la malade est rentrée dans le service atteinte de plaques muqueuses anales et de papules siégeant sur les petites lèvres.

La seconde malade S. S..., nullipare, était âgée de 16 ans et se prostitue depuis deux ans. Sa mère serait morte de tuberculose pulmonaire et deux de ses sœurs en seraient actuellement atteintes. Elle n'accusait aucune autre affection antérieure qu'un écoulement vaginal, tantôt séro-muqueux, tantôt hémorragique pour lequel elle était envoyée à Saint-Lazare.

Sur le corps on notait une très faible pigmentation du cou, la présence de quelques petits ganglions durs et mobiles dans les régions inguinales et l'augmentation de l'une des amygdales, un peu déchiquetée.

L'examen des parties génitales révélait une vaginite légère, sans urétrite et sur le col de l'utérus une érosion occupant les deux lèvres, mal limitée et à bords irréguliers à peine saillants, comme d'ailleurs le reste de la surface de l'érosion qui était lisse, d'un rouge vif pointillé et saignant au moindre attouchement.

Les lèvres du col ne présentaient pas d'induration ; de son orifice peu entr'ouvert s'écoulait un peu de sang rouge. L'uté-

rus avait son volume normal et les culs-de-sac étaient libres.

Les hémorragies peu abondantes mais fréquentes dataient d'une vingtaine de jours au moins.

Étant donné d'une part la vaginite et d'autre part les caractères de l'érosion qui n'étaient pas ceux du chancre plat, lequel a ordinairement une coloration gris blanchâtre, gris opalin, gris lardacé avec une collerette rouge, purpurine, ni ceux de syphilitides érosives secondaires qui sont ordinairement petites et limitées, nous avons cru qu'il ne s'agissait malgré sa forme concentrique et annulaire que d'une érosion vulgaire saignant au moindre contact et en rapport avec la vaginite.

Pendant six semaines cette lésion a été successivement traitée par des attouchements et des pansements à la résorcine, à la glycérine créosotée et au perchlorure de fer. Ces traitements n'ayant amené aucune modification de l'érosion, tout traitement a été supprimé et quatre injections de l'huile grise 10 0/0 de 10 centigrammes chacune, faites à huit jours d'intervalle, ont été pratiquées. Après les deux premières injections les hémorragies ont disparu et après la quatrième la cicatrisation de l'érosion était complète. Quelques jours plus tard la malade a eu ses règles qui n'ont duré que deux jours et qui n'ont été que peu abondantes.

E. OZENNE, ancien interne des hôpitaux, chirurgien
de Saint-Lazare.

*Métrorragies d'origine syphilitique à la période tertiaire
(Angio-sclérose probable de l'utérus). Guérison par le traitement mercuriel.*

Il s'agit d'une employée d'une maison de vente de dentelles, M^{me} N..., âgée de 43 ans. Jusqu'à son mariage, qui a eu lieu au

commencement de l'année 1889, elle n'a été atteinte d'aucune maladie sérieuse. La menstruation s'est établie facilement à l'âge de 15 ans et elle a toujours été régulière et normale (4 à 5 jours de durée) jusqu'à la première grossesse survenue aussitôt après le mariage.

En décembre 1889, elle accouche à terme d'une fille bien constituée, dont le développement s'est fait régulièrement quoiqu'elle soit restée petite. Cependant cette enfant ne présente aucune tare apparente et sa santé n'a jamais été troublée d'une façon inquiétante.

En 1890, M^{me} N... redevient enceinte. Cette seconde grossesse est moins bonne que la première et pendant toute sa durée notre malade accuse de la lassitude et de la fatigue, sans présenter pourtant aucun accident. L'accouchement a lieu à terme. L'enfant est encore une fille, plus petite que la première, qui va conserver dans la suite un aspect chétif, s'expliquant par ce fait qu'elle a à différentes reprises, pendant ses huit premières années, diverses manifestations se rapportant à la syphilis héréditaire (éruptions variées, périostites crâniennes, lésions oculaires). Ces accidents sont traités d'une façon régulière par la médication hydrargyrique. Depuis cinq à six ans, quoiqu'il ne se soit produit aucune manifestation nouvelle spécifique, j'ai fait reprendre de temps en temps le même traitement et actuellement la santé de cette jeune fille est satisfaisante, bien que son aspect n'en soit pas moins celui d'une hérédo-syphilitique heureusement modifiée par le traitement qu'on lui a fait suivre.

Chez la mère la syphilis se dénonce ouvertement, quelques mois après son second accouchement, par l'apparition de plaques muqueuses anales et vulvaires et par quelques éruptions

discrètes qui sont combattues rapidement et avec succès par le mercure. Pendant cinq années, notre collègue, le Dr Paul Garnier, continue ce traitement avec des interruptions, sous la forme de liqueur de Van Swieten et en lui adjoignant l'iodure de potassium.

Depuis dix ans, toute médication avait été abandonnée et pendant ce laps de temps M^{me} N., était restée à l'abri de toute atteinte spécifique. Malgré des fatigues assez fréquemment répétées, la santé générale ne laissait rien à désirer, lorsque, sans raisons plausibles, des troubles portant sur les fonctions périodiques de l'utérus commencèrent à se montrer au mois d'août 1905. Les règles, au lieu de disparaître vers le cinquième jour comme antérieurement, se prolongèrent quatre jours de plus, pendant lesquels il n'y eut, il est vrai, qu'un léger écoulement.

Mais au mois de septembre elles revinrent quelques jours avant l'époque normale et persistèrent pendant seize jours ; la perte de sang fut assez abondante pendant dix jours ; il y eut donc manifestement ménorragie.

Pendant le mois d'octobre l'hémorragie reparut à deux reprises assez rapprochées l'une de l'autre, pendant une semaine chaque fois et en donnant lieu à une plus grande perte de sang que le mois précédent. La métrorragie était constituée. Il en résulta sur l'état général un notable retentissement qui eut pour principal effet d'affaiblir la malade. Aussi est-ce la raison pour laquelle elle s'est décidée à nous consulter.

État actuel : (3 nov. 1905). — Je passe rapidement sur l'examen général, car il fut presque négatif. L'enveloppe tégumentaire est intacte, sans cicatrice ; aucune altération osseuse apparente des membres et du thorax. Les glandes mammaires, les poumons, le foie, la rate, les reins n'offrent rien d'anormal :

l'estomac paraît un peu dilaté et fonctionne mal ; les intestins sont paresseux. Pas de lésions valvulaires du cœur, dont les battements, cependant, sont mal frappés et hésitants. Le pouls radial est dur et petit. Les veines des membres inférieurs sont plus apparentes qu'à l'état normal ; cependant aucune bosselure sur les saphènes, pas de sensation de cordon veineux au mollet, pas d'œdème périmalléolaire. Pas d'hémorroïdes. Aucun engorgement ganglionnaire.

Utérus et annexes. — A la palpation de l'abdomen, doublé d'une couche de graisse assez épaisse, on sent au-dessus du pubis le fond de l'utérus qui est sensible à la pression.

Dans les fosses iliaques, on ne perçoit aucune tuméfaction, pouvant répondre aux ovaires ou aux trompes, quoique les téguments soient souples et se laissent bien déprimer. Cependant à gauche la pression profonde provoque une légère douleur sur la partie latérale de l'utérus, sans qu'on puisse affirmer que l'ovaire en est le siège.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples et libres et l'exploration digitale associée à la palpation de l'abdomen ne permet pas de sentir les ovaires. L'utérus est en antéversion. Son col, un peu mou, légèrement entr'ouvert est uni, lisse, de volume moyen, sans induration nodulaire fibroïde : les portions perceptibles des faces de l'utérus sont également lisses et régulières : l'organe tout entier, qui paraît augmenté de volume, est mobile de bas en haut et de droite à gauche, sans qu'on provoque autre chose qu'un peu de sensibilité. Le toucher rectal ne fournit aucune donnée spéciale.

A l'examen au spéculum, on constate que les lèvres du col entr'ouvert, ainsi que le toucher l'a révélé, sont légèrement congestionnées sans exulcération ni ulcération. De la cavité cervi-

cale s'écoulaient quelques gouttes d'un liquide rosé. Le cathétérisme est facilement pratiqué, sans aucune résistance, avec une sonde en gomme qui est arrêtée à 7 cent. 1/2 de profondeur. Il n'y a donc pas d'augmentation de capacité de la cavité utérine.

Une exploration digitale de cette cavité après dilatation nous eût renseigné complètement sur l'état de la muqueuse et des parois de l'organe ; il nous a paru inutile d'y avoir recours pour le moment, la nature et l'évolution des accidents ne concordant guère avec l'hypothèse d'un néoplasme.

Quant à l'état général, quoique M^{me} N... ait pâli et éprouvé très rapidement de la fatigue, lorsqu'elle prend part aux occupations de vente de son magasin de dentelles, elle n'offre pas l'aspect des sujets touchés par une affection maligne.

N'ayant pas de raisons, d'après les signes relevés, de supposer l'existence d'un néoplasme, d'un fibrome, d'une infection puerpérale (aucun rapport sexuel n'ayant eu lieu depuis plusieurs années), du paludisme et éliminant même, quoique je fusse enclin à y croire, un réveil, sous la forme de métrorragies, de la syphilis anciennement contractée et latente depuis plus de dix ans, je me comportai comme s'il s'agissait d'accidents liés à la période préménopausique, tout en faisant quelques réserves au sujet de l'existence possible de productions polypeuses et j'instituai un traitement en rapport avec ces prévisions.

Pendant six semaines, j'essayai plusieurs médications à base de sulfate de quinine, de teinture de cannelle, d'ergotine, de chlorure de calcium et d'adrénaline, les unes employées dans l'intervalle des hémorragies, les autres pendant le cours de celles-ci. Elles furent inefficaces, de même que l'application d'injections vaginales chaudes et de cautérisations intra-utérines

au perchlorure de fer après une dilatation, qui m'avait permis de reconnaître que la cavité ne contenait ni polypes, ni petit fibrome sous-muqueux. Pendant ces six semaines les pertes se montrèrent à trois reprises en se prolongeant huit à dix jours chaque fois ; dans leur intervalle il n'existait pas d'écoulement leucorrhéique ; quelques gouttes de sérosité rosée cependant vinrent plusieurs fois tacher le linge.

Le 15 décembre la perte de sang, datant de dix jours, ne s'arrêtant pas, je prescrivis les frictions mercurielles quotidiennes. Elles furent faites régulièrement pendant quinze jours. L'écoulement prit fin à partir de la septième friction et pendant huit jours aucune goutte de sang ne reparut.

Le 1^{er} janvier, la malade en perdit une très petite quantité dans la journée, mais cet écoulement ne se renouvela pas jusqu'au 18 janvier, et du 18 au 22 une hémorragie modérée put être considérée comme l'époque menstruelle.

Toutefois à partir du second jour de cet écoulement on recommença une nouvelle série de 15 frictions. Le sang s'arrêta au bout de quarante-huit heures et il ne reparut que le 15 février sous la forme de règles ordinaires.

Dans les mois suivants, il en fut de même, à époque à peu près fixe.

Cependant, bien que les règles se fussent rétablies d'une façon normale et qu'un nouvel examen de l'utérus m'eût fait constater une diminution de volume de l'organe avec absence de toute sensibilité, je n'en ai pas moins conseillé une troisième série de frictions qui furent faites au mois de juin, et à la suite de ces frictions j'ai soumis la malade à la médication iodique (Iodone) dans le but d'agir sur le système vasculaire. Ce traitement a été interrompu du mois de septembre au 15 novembre.

A cette époque, j'ai revu M^{me} N... dont les fonctions menstruelles ont continué de s'accomplir régulièrement depuis neuf mois et chez laquelle on ne découvre aucun symptôme manifeste de maladie. Néanmoins, elle n'a pas recouvré son bon état de santé antérieur et elle accuse de la fatigue qu'elle attribue à son travail continu, qu'aucune période de repos et de grand air n'est venue interrompre depuis dix-huit mois.

Si l'on ne doit pas nier la part qui revient à ce surmenage dans l'affaiblissement que la malade ressent, il n'est pas déraisonnable de penser que la diathèse spécifique agit encore sur l'économie et que la dégénérescence artérielle, qui, très probablement, n'est pas restée localisée à l'utérus, entretient un trouble dans la circulation. C'est pour ces raisons que j'ai engagé M^{me} N... à reprendre pendant quelque temps sa double médication : frictions mercurielles et iodone, et à lui adjoindre l'usage de pilules toniques à base d'extraits de quinquina, de valériane et de colombo, et de granules de phosphore de zinc.

D^r SAGUET. *Ménorragie utérine de nature syphilitique*. Union médicale du Nord-Est, 31 janvier 1899, n° 2, p. 23.

En septembre 1898, je fus appelé chez M^{me} X... pour une abondante métrorragie.

La patiente, âgée de 34 ans, étendue sur son lit, les traits d'une pâleur blafarde, le pouls petit et rapide, présentait le facies de malades atteints de grandes hémorragies. Elle put néanmoins, après que je l'eus examinée puis tamponnée, me raconter que depuis quatre mois ses règles présentaient une abondance telle que sa santé en était fortement compromise.

L'état de faiblesse qui en était la suite, lui rendait fort pénible la profession de jardinière.

En remontant dans ses antécédents, j'appris qu'elle avait été réglée à 12 ans, qu'elle s'était mariée à 20 ans et qu'elle avait eu 8 grossesses dont l'évolution avait été différente.

Elle avait eu d'abord deux fausses couches de deux à trois mois ;—

3° Un enfant actuellement âgé de 7 ans et présentant toutes les apparences de la santé ;

4° Une fillette aujourd'hui âgée de 5 ans 1/2 également bien portante forte et bien constituée.

5°, 6°, 7° Trois enfants morts de bronchite ou d'athrepsie dans les trois premiers mois de leur naissance ;

8° Un fœtus venu au monde *macéré il y a quatre mois* ;

Depuis cette époque les règles ont reparu avec leur périodicité habituelle, mais elles sont toujours extrêmement abondantes : ce sont de véritables hémorragies profuses, que jusqu'ici l'ergot avait pu arrêter : elles sont toujours indolores. Dans l'intervalle aucun phénomène n'appelle l'attention sur l'organe utérin. Il n'y a pas de pertes blanches, pas de douleurs abdominales.

En pratiquant le toucher, j'ai constaté que l'utérus n'était ni volumineux ni sensible : les annexes sont d'apparence saine et normale. Le col n'est pas ramolli ni même entr'ouvert malgré l'hémorragie, il est plus ferme que l'état de la malade aurait pu le faire supposer.

Le résultat de mon examen me fait rejeter comme étiologie de ces accidents un état inflammatoire de la matrice ou une tumeur : il me paraît plus vraisemblable qu'ils relèvent d'une cause générale.

En raison des fausses couches, de la polyéthélie infantile, de l'existence d'un fœtus macéré, mon attention est attirée du côté de la syphilis.

L'enquête fut plutôt délicate. Le mari, un solide gaillard à qui j'essayai de tirer des confidences, n'admettait même pas qu'on put le soupçonner.

De la femme je n'appris rien tout d'abord, je recherchais sur elle, sans trouver des traces révélatrices de spécificité.

L'examen des urines n'a pas révélé la présence de l'albumine ni du sucre.

Huit jours après je revis cette femme à mon cabinet, elle m'avoue qu'étant âgée de seize ans, elle avait contracté une maladie vénérienne avec boutons sur le corps, maux de gorge, et tout le cortège habituelle de la syphilis dont elle n'ignorait point la nature et pour laquelle le Dr Moret l'avait traitée au moyen de pilules mercurielles.

Le résultat du traitement spécifique appliqué exclusivement fut véritablement merveilleux : je donnai le premier jour trois grammes d'ergotine : puis je soumis la malade pendant quinze jours au sirop de Gibert pris à la dose de deux cuillerées par jour.

Exactement un mois après l'hémorragie pour laquelle j'avais été appelé et qui avait failli faire mourir la malade, les règles revinrent normales en quantité. Il n'y eut plus d'hémorragie au sens propre du mot mais ménorragie banale. La malade fut soumise néanmoins à un nouveau traitement iodo-mercurique de quinze jours suivi du même résultat qui depuis trois mois ne s'est pas démenti.

Épicrose. — Il ressort de cette observation que la malade nettement syphilitique présenta des ménorra-

gies qu'on ne pouvait pas attribuer à une cause locale vu la parfaite intégrité des organes génitaux.

Les règles qui ont été depuis quatre mois d'une abondance extrême au point de compromettre gravement la santé de la malade sont devenues normales sous l'influence du traitement spécifique.

L'auteur considère ces hémorragies comme étant de nature spécifique au même titre que les métrorragies qu'on observe au cours du diabète, l'albuminurie et l'impaludisme.

TRIPAUT (d'Amiens) cité d'après BARTHÉLEMY.

Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme, 1900. Épinal, p. 24.

Il s'agissait d'une femme atteinte de métrite hémorragique post-partum, traitée sans succès par les irrigations continues, chaudes, le repos absolu, un triple curettage et le drainage utérin. Malgré l'emploi de tous ces moyens, les hémorragies continuèrent de plus belle. M. Tripaut songeait déjà à proposer l'ablation des ovaires ou l'hystérectomie vaginale, lorsqu'en questionnant la malade, il apprit qu'elle avait eu la syphilis neuf ans auparavant. L'idée lui vint alors d'instituer le traitement mixte, bien que la malade ne présentât aucune manifestation ou stigmates de la vérole. Après huit à dix jours de ce traitement, l'écoulement sanguin diminua manifestement pour disparaître tout à fait au bout de six semaines.

BARTHÉLEMY. — *Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme*, 1900. Épinal, p. 34.

Une jeune fille de 20 ans, de mœurs irréprochables, eut une gomme foudroyante de la jambe, sous l'influence d'une hérédosyphilis exclusivement paternelle jusque-là latente. Le traitement mercuriel intensif par les injections intra-fessières d'huile grise fut administré d'urgence et pour la première fois. Or, en même temps que la lésion cutanée guérissait, il y avait la disparition non seulement des divers maux de tête mal définis, jusque-là considérés comme de la céphalalgie de croissance, et, dans d'autres cas comme de la sinusite, mais encore de la dysménorrhée et des pertes rouges durant systématiquement huit jours avec caillots les plus débilitants et contre lesquelles tout autre traitement médical, hydrothérapie, toniques variés, ergot de seigle, quinine, fer, etc., avait complètement échoué.

P.-Q. SPINELLI. *La sifilide tardiva uterina*. Archivio Italiano di ginecologia Napoli, 1900, p. 571.

Ma première observation remonte à octobre 1895. Il s'agissait d'une femme de 55 ans qui m'a été présentée par un confrère, avec un diagnostic du cancer du corps. La malade avait eu cinq grossesses menées à terme et une grossesse interrompue à six mois. Elle a contracté la syphilis à 41 ans, et quatre ans après elle présenta une périostite gommeuse et des gommes dans les différentes parties du corps.

En janvier 1894, la malade a vu apparaître après neuf ans d'aménorrhée, un écoulement séreux d'une odeur infecte se

répétant avec des intervalles pour devenir persistant, enfin un mois après elle a présenté des métrorragies abondantes.

Voilà ce qui résulte de mon examen gynécologique : corps de l'utérus légèrement augmenté de volume, de consistance fibreuse, en antéverson, indolore et mobile. Le cathétérisme intra-utérin révèle un épaissement anfractueux de la muqueuse.

Cette exploration n'a pas donné du sang. La malade a été soumise au traitement spécifique qui a donné un bon et persistant résultat.

La deuxième observation est encore plus importante.

La malade est une femme de 57 ans, multipare aménorrhéique depuis quatre ans. 7 grossesses menées à terme et une à 8 mois. A 36 ans contracte la syphilis du mamelon, contaminé par son enfant qui est devenu syphilitique chez la nourrice. Elle se traita seulement pendant la première année. A la suite d'un coït la malade fut prise d'une métrorragie. Depuis lors elle a présenté des pertes sanguines alternatives avec la leucorrhée d'un mauvais aspect et d'une odeur nauséabonde.

Elle a commencé à dépérir rapidement sans accuser de douleurs d'aucune nature. En février de 1897 elle était examinée par un de nos accoucheurs qui porta le diagnostic de carcinome ulcéré du museau de tanche se propageant dans la cavité utérine ; utérus immobile « inopérable ».

Au mois de mars j'ai examiné la malade. A l'examen gynécologique on constate sur la paroi postérieure du vagin deux nodosités limitées dures, de la grosseur d'une noisette ; sous la lèvres postérieure du col j'ai trouvé une infiltration dure avec ulcération profonde à bords durs et taillés. Le col était immobile à cause des adhérences qu'il a contractées avec la paroi

postérieure. Le corps est petit et atrophié. Durant l'exploration la malade n'a pas perdu de sang. J'ai formulé le diagnostic du cancer du col de l'utérus et du vagin inopérable avec des réserves toutefois que la lésion observée peut être de nature syphilitique et en présence de contre-indication d'une intervention opératoire quelconque j'ai consenti à recourir au traitement spécifique à titre d'épreuve.

Pendant un mois de traitement la malade fut observée par moi.

Ma surprise fut grande quand j'ai constaté une amélioration notable de l'infiltration vaginale et utérine. Pour confirmer mieux le diagnostic résultant d'un résultat thérapeutique inespéré j'ai excité une partie du col avec l'ulcération. L'examen histologique a démontré la présence d'un tissu néoformé et infiltré avec des granulations gommeuses dans une phase dégénérative.

La malade a continué le traitement mixte. Son état général s'améliorait de plus en plus. Localement deux mois après elle a eu une rétraction cicatricielle déformante du vagin et du col. Quelques mois après la patiente a manifesté les symptômes de syphilis cérébrale. Elle perdit d'abord la parole, ensuite elle a été frappée d'une hémiplégie droite.

Elle dépérit rapidement et mourut un an après mon observation.

Épicrose. — Ces deux cas ne laissent aucun doute sur la nature du processus. Les antécédents des malades, marche de la lésion, ses caractères macroscopiques et enfin le critérium thérapeutique fait lever le moindre doute sur la nature syphilitique de l'infiltration exulcérée de la muqueuse utérine et du museau de tanche.

E. D... 38 ans, mariée multipare. Curettée dans ma « Casa di Salute », en septembre 1895 pour une « endométrite hémorragique ».

Après avoir enlevé la muqueuse utérine on a constaté seulement une légère hyperplasie glandulaire.

Voici ses antécédents : Mère morte d'une maladie du foie. Malade s'est toujours bien portée.

Plusieurs fausses couches après le mariage.

Le mari eut la syphilis et il fut soumis au traitement spécifique.

Devenue enceinte sitôt après le mariage elle a pu mener à terme la grossesse grâce au traitement spécifique.

L'enfant est mort quelques jours après la naissance. Deux autres grossesses à terme. Un enfant est mort quelques mois après, l'autre est chétif et maladif.

A la suite des fausses couches les règles sont devenues ménorragiques. Malgré le traitement médical pendant deux ans, les menstruations n'ont pas cessé d'être extrêmement abondantes durant pendant dix à seize jours.

A l'examen gynécologique j'ai trouvé l'utérus peu augmenté de volume, de coloration congestive et légèrement abaissé avec une forte antéversion. Les annexes sont palpables mais indolores ; j'ai pratiqué un curettage dont elle s'est bien trouvée pendant trois mois. Depuis peu à peu les ménorragies d'abord et métrorragies ensuite ont recommencé. J'ai soumis la malade aux injections d'ergotine, à la médication astringente intra-utérine. Tout fut inutile. La malade a fait une cure aux bains de Castellamare.

Les ménorragies se répétaient toujours et on a commencé à discuter l'opportunité d'une hystérectomie quand me souvenant

du résultat thérapeutique obtenu chez la malade dont l'histoire fait le sujet de l'observation n° 2, j'ai eu l'idée de soumettre cette dame au traitement mixte iodo-mercuriel.

Trois mois après les règles toujours un peu abondantes ont été d'abord régularisées comme durée (4 jours).

Actuellement la malade a 44 ans et ses règles sont tout ce qu'il y a de plus régulier.

C. C..., 35 ans, habitant à Naples, multipare, ne présente aucun antécédent héréditaire et personnel. Toujours bien réglée jusqu'à l'époque de son mariage (17 ans), quand elle fut contaminée par la syphilis, par son mari. Elle eut cinq grossesses, toutes interrompues au septième mois.

Il y a trois ans, elle a souffert d'une longue maladie avec des localisations sur les différentes régions du corps (os, genou gauche, coude droit) avec douleurs et suppurations. Elle fut soignée par le professeur De Amicis. La malade a fait pendant plusieurs années la cure iodo-mercurique.

La maladie actuelle consiste dans une ménorrhagie profuse qui a commencé il y a environ trois ans.

D'abord les règles ont été de petite durée et peu abondantes. Peu à peu elles sont devenues très fréquentes, à tel point que la patiente restait sans perdre quelques jours seulement pendant le mois.

Il est à remarquer que quand le sang devenait moins abondant, le coït, la défécation, une promenade en voiture, et n'importe quel effort, faisaient reparaître le sang.

Le sang est d'une couleur noir verdâtre et d'une odeur infecte.

L'examen gynécologique a fait constater : utérus augmenté

de volume en antéverson un peu exagérée. Rien sur le museau de tanche, sauf la consistance dure et scléreuse des tissus. Le cathétérisme intra-utérin révèle seulement une fragilité de la muqueuse utérine. Les annexes sont accessibles, mais indolores.

J'ai fait le diagnostic d'endométrite à type hémorragique, et j'ai conseillé le curettage. Sur la muqueuse enlevée j'ai rien trouvé d'anormal. Pendant quatre mois, après le curettage, la malade se portait bien. Les règles étaient peu abondantes et reprenant à des époques régulières. Ultérieurement elles sont devenues de nouveau abondantes et fréquentes, elle a commencé à perdre après un effort quelconque et après le coït.

Consulté cette fois sur l'opportunité de recourir à un nouveau curettage j'ai conseillé l'hystérectomie.

Étant donné qu'avant de venir me consulter la malade présentait dans le cul-de-sac gauche une petite tumeur qui était considérée par le professeur De Amicis comme une gomme syphilitique, avant de recourir à l'opération j'ai conseillé le traitement antisiphilitique.

La malade l'a fait avec succès. Les menstruations se sont régularisées comme époques, durée et quantité du sang.

Le sang était toujours noir et d'une odeur pénétrante.

A. P..., 39 ans, opérée pour un kystome de l'ovaire gauche en 1898. Après le mariage fut contaminée par la syphilis.

Vient consulter deux ans après l'opération pour des métrorragies qui durent déjà plus d'un mois. A l'examen on note l'utérus petit en antéverson ; rien dans la fosse iliaque. Annexe superficiellement sain. On prescrit le traitement iodo-mercurel, disparition des métrorragies et régularisation des règles au bout d'un mois.

M. C..., habitant Naples, 58 ans, multipare.

Deux ans après le mariage a eu la syphilis.

Avant la contagion avait une grossesse.

Ensuite sept fausses couches en quinze ans.

Ménopause à 44 ans.

Il y a environ huit mois que la maladie actuelle a commencé. Pendant trois mois elle a eu un écoulement leucorrhéique d'une odeur nauséabonde, ensuite sont venues les hémorragies.

Les pertes sanguines se répétaient avec des intervalles de huit à quinze jours.

Examinant la malade en décembre 1897 je n'ai pas trouvé l'atrophie sénile des lèvres, ni du col et du corps utérin. Rien dans les annexes. En l'absence de diagnostic j'ai pratiqué un curettage. J'ai amené seulement les détritits de la muqueuse. J'ai soumis la malade au traitement iodo-mercuriel. Elle s'en trouva bien pendant six mois. Un jour elle fut prise, à la suite d'un effort, d'une perte sanguine qui dura deux jours. De nouveau, traitement mixte. Depuis ce moment elle n'eut pas d'autres récidives. J'ai revu la malade il y a quelques mois, elle se portait bien.

C. N..., habitant Santa Agata dei Goti, 59 ans, a eu la syphilis tout de suite après le mariage. Elle eut ensuite une série interminable de fausses couches. Ménopause à 47 ans. A peu près un an après la ménopause elle avait des pertes rougeâtres qui se répétaient à longs intervalles. Il y a un an la malade a vu apparaître les hémorragies intercurrentes et subites alternant avec un écoulement séreux d'une odeur pénétrante et rance. Débilité et pâleur.

J'examine la malade en mars 1898. J'ai trouvé l'utérus petit et fibreux ; annexes normaux.

L'exploration de la cavité utérine fut toute négative. La malade sort de l'hôpital avec une prescription du traitement iodo-mercurique. Depuis ce moment elle se porte bien. En juillet de l'année dernière la malade avait une perte séro-sanguinolente et vient pour se faire examiner.

Rien de nouveau. J'ai prescrit de nouveau le traitement mixte.

C..., habitant Capua, 57 ans, syphilitique depuis l'âge de 39 ans. Avant d'être contaminée avait six grossesses à terme. Ménopause à 43 ans. Depuis deux ans, elle présente un écoulement leucorrhéique, fétide et depuis sept mois suintement sanguinolent alternant avec des hémorragies modérées. Cachexie et débilité.

Examinée en septembre 1899. Rien d'appréciable à l'examen des organes genitaux internes, sinon une atrophie marquée des lèvres du col et du corps utérin. J'ai prescrit le traitement iodo-mercuriel qui fut suivi pendant cinq mois. Depuis deux mois disparition de pertes sanguinolentes. Au cours de l'année, le traitement fut répété. Actuellement bien portante.

Cas de date récente. Il s'agissait d'une malade de 63 ans dont l'histoire fut rapportée par le Dr Parmenide Ricci. Elle avait eu plusieurs filles. Les antécédents syphilitiques sont douteux, bien qu'on retrouve quelques signes (chute de cheveux). Ménopause à 45 ans. Au mois de juillet 1900, elle a eu une perte sanguine qui se continua deux mois environ. Cachexie. Fut examinée à la fin de septembre et j'ai constaté

l'atrophie des lèvres, du col et légère augmentation du corps. Rien aux annexes. Le sondage intra-utérin ne m'a rien révélé de spécial. Soumise au traitement iodo-mercuriel, elle a vu disparaître les hémorragies depuis quatre jours. Au commencement de décembre, les pertes ont apparu et ont de nouveau disparu sous l'influence du traitement spécifique.

Épicrise. — Sur ces sept observations nous avons trois femmes en pleine vie congénitale (38 à 40 ans), quatre qui sont au-dessus de cet âge (52 à 63 ans).

Dans tous les cas la contagion syphilitique ne fait pas de doute.

Chez les femmes réglées on trouve plusieurs fausses couches et la maladie se caractérise surtout avant tout par les hémorragies et ménorragies de plus en plus fréquentes et abondantes. L'utérus se présente hypertrophié, uniformément augmenté de volume. La muqueuse utérine ne révèle aucune lésion glandulaire. L'examen des annexes est négatif. Le curettage ne donne qu'une amélioration passagère.

Le traitement spécifique réussit toujours.

Chez les femmes à la ménopause la maladie se manifeste par une perte subite sanguine et leucorrhéique. La métrorragie n'a pas pris de caractère alarmant dans aucun de ces quatre cas.

On constate une cachexie et faiblesse concomitantes. A l'examen on note l'atrophie sénile du col du corps et des lèvres. La cure spécifique apporte une amélioration dans les symptômes locaux et généraux.

Dans la dernière observation, la seule où la syphilis

était douteuse, l'hémorragie qui a duré soixante jours environ a disparu au bout de quatre jours. L'observation est de date trop récente pour qu'on puisse considérer la malade comme guérie, quoique le fait même de l'hémorragie disparaissant avec l'institution du traitement ait une grande importance.

PAUL PETIT. *Semaine gynécologique*, 1901, p. 20.

Il s'agit d'une femme chez laquelle le traitement spécial n'avait été institué qu'en pleine période d'accidents tertiaires assez graves. Cette femme présentait des métrorragies quasi-continues et parfois très abondantes. A un premier curettage, j'enlevai une muqueuse qui pouvait passer pour fongueuse. Mais les hémorragies s'étant renouvelées après un assez court répit, un second curettage n'amena aucune sorte de fongosité. L'utérus était de petit volume comme c'est l'ordinaire chez les femmes obèses (et celle-ci l'était à l'extrême), probablement aussi du fait de l'infection syphilitique elle-même; il n'y avait ni dans le petit bassin, ni ailleurs, aucune lésion pouvant expliquer ces pertes. Le traitement spécifique resta sans résultat, peut-être par défaut d'intensité, peut-être aussi parce que les lésions étaient arrivées à un degré trop avancé. La malade fut perdue de vue alors que l'hystérectomie allait lui être proposée.

THÉODORE MORISANI. *Contributo alla conoscenza della sifilide uterina tardiva* *archivio di ostetrica et ginecologia*, 1901, p. 27.

Maria S... de Villaricca, 40 ans, vient me consulter pour une grave hémorragie. Les premières règles ont apparu à l'âge

de 12 ans, toujours régulières, se succédant à intervalles intermenstruels normaux. N'a jamais présenté de pertes blanches. Mariée à 20 ans. Deux ans après elle fut contaminée par une syphilis provenant de son mari. Ce dernier était déjà en traitement depuis quelques temps. La première grossesse à 23 ans, interrompue à 7 mois. Extraction d'un fœtus mort. Elle a eu encore sept grossesses qui se sont passées d'une manière analogue. Suites de couches normales.

Les règles ont toujours été normales, comme durée, quantité et intervalles.

Il y a trois ans les règles ont commencé à devenir irrégulières comme quantité et peu à peu, dans l'espace d'une année, elles ont pris le caractère de vrais ménorragies avec une durée variable de sept à dix jours.

Il n'y avait pas de pertes sanguines entre les intervalles. La malade à cette époque a subi un curettage sur l'avis d'un spécialiste qu'elle a consulté.

A la suite de ce curettage la malade eut de l'aménorrhée qui dura trois mois, au point de faire croire à une guérison. Quatre mois après l'intervention les pertes rouges ont recommencé et c'est pour ces pertes que la malade est venue me consulter. J'ai trouvé une femme pâle, se tenant à peine debout.

Les organes thoraco-abdominaux sont normaux. Polyadénite cervicale latérale et bi-inguinale. Ganglions épitrochléens perceptibles.

A la palpation de la région hypogastrique, rien d'anormal, le fond de l'utérus perceptible avec difficulté.

Au toucher combiné avec la palpation, on note : col légèrement augmenté de volume, de consistance un peu plus résistante que physiologiquement, longueur presque normale. Le museau

de tanche regarde en avant et légèrement en haut, et présente un contour inégal et une rainure, vestige d'anciennes déchirures.

Corps de l'utérus augmenté de volume en rétroversion et de forme globuleuse.

L'exploration recto-abdominale confirme le résultat de la précédente exploration quant à la position de l'utérus. On peut reconnaître que la paramétrium est libre et que les ligaments larges ont conservé leur élasticité normale. Hystéromètre montre 7 cm. 1/2. La cavité est à concavité postérieure.

Pendant l'examen la malade a perdu un peu de sang.

L'absence de lésions des annexes et l'apparence de l'utérus m'ont fait penser à l'existence d'une endométrite ou d'un cancer au commencement du corps utérin.

Il fut jugé nécessaire de recourir à un curettage dont les produits furent soumis à l'examen histologique avec un résultat négatif au point de vue tumeur maligne.

Malgré l'intervention les hémorragies sont revenues au bout de quinze jours en quantité toutefois moindre qu'avant. Quatre mois après la malade est venue me consulter de nouveau pour des pertes.

Hystérectomie après laquelle la malade était guérie.

Épicrose. — Tout en supposant la nature syphilitique des hémorragies l'auteur n'a pas jugé nécessaire de soumettre la malade au traitement spécifique.

WASSILIEFF, chirurgien de l'hôpital de Saint-Cloud. *Essai clinique sur les salpingites syphilitiques.* « *Bulletin annuel de la Société médicale du IX^e arrondissement* », 1904. Tome XXI, séance du 9 juin, p. 143.

M^{me} S... vient me consulter parce qu'elle éprouve depuis plusieurs mois des douleurs dans le bas-ventre et parce que ses

règles, devenues plus abondantes qu'autrefois, se montrent aussi à intervalles très rapprochés.

Agée de 70 ans elle n'a fait aucune maladie jusqu'à son mariage. Elle a accouché à 21 ans d'une fille encore vivante et se portant bien ; elle n'a pas eu de fausse couche. A l'âge de 28 ans, elle a eu, dit-elle de l'eczéma, qui a disparu en deux mois.

Depuis elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de janvier 1896, époque à laquelle elle s'aperçut de légères douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Ces douleurs, très peu fortes, duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour quinze jours ou trois semaines pour se reproduire, durer alors plus longtemps avec plus d'acuité et disparaître à nouveau, mais pour un temps moindre que la fois précédente.

Ainsi les douleurs augmentaient de durée, d'intensité, en même temps que l'intervalle de deux crises devenait plus court.

Au bout de trois mois, en avril 1896, des douleurs sourdes se firent sentir dans le côté gauche et affectèrent la même marche que celles du côté droit, si bien qu'à la fin de juillet 1896, les douleurs devinrent continues avec exacerbations de plus en plus fréquentes. Elles ne s'accompagnaient ni de ballonnement du ventre, ni de nausées, ni de vomissements. Il y avait perte de l'appétit, amaigrissement peu prononcé, accompagné d'une tristesse invincible.

Les douleurs étaient, point à remarquer, plus intenses la nuit et interrompaient fréquemment le sommeil. Les mictions ne sont pas plus fréquentes que d'habitude, les urines sont normales ; il y a constipation habituelle cédant facilement à l'emploi des lavements glycérinés. Les règles sont devenues très fréquentes et très abondantes. Elles étaient encore normales en décembre 1895

Mais en janvier 1896 elles avancèrent de cinq jours ; en février de huit jours et durèrent huit jours au lieu de cinq ; en mars l'avance fut de dix jours, la durée de huit jours ; en avril et mai, avance de douze jours et durée de huit jours ; en juin, avance de quinze jours et durée de dix jours.

C'est à ce moment que la malade vint me consulter ; après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, j'examinai la patiente. Le palper abdominal profond fait découvrir une région sensible douloureuse sans grande intensité, correspondant aux annexes de chaque côté ; cependant je ne sens aucune masse anormale, le ventre est souple, non ballonné.

Au palper superficiel, je découvre plusieurs points douloureux, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal sur le bord externe du grand droit à trois travers de doigt au-dessus du pubis, sur le trajet de l'artère fémorale, et cela des deux côtés, mais les points sont plus douloureux à droite qu'à gauche.

Au toucher col et utérus normaux ; des mouvements légers imprimés à l'utérus, provoquent de légères douleurs ; mais l'exploration des culs-de-sac latéraux provoquent une douleur vive, alors que le doigt n'a pas encore atteint les annexes. De même sur la paroi latérale du vagin, le doigt provoque de la douleur au niveau de l'artère vaginale que l'on sent battre.

Plus profondément, le doigt, avec l'aide du palper abdominal, trouve une trompe petite, du volume du petit doigt au plus, assez dure pour être nettement sentie et douloureuse. Les deux ovaires sont également douloureux. Mais le maximum de la douleur siège immédiatement en contact avec le cul-de-sac vaginal et sur le bord de l'utérus. J'insiste particulièrement sur ces points dont l'importance m'avait échappé, en ce qui concerne le diagnostic, mais dont l'existence m'avait frappé.

Je trouvai donc ceci : lésions bilatérales, peu prononcées, sur les trompes, avec points douloureux à siège précis, plus douloureux que les trompes elles-mêmes.

Je fis le diagnostic global d'annexite double, mais en gardant une impression de quelque chose non vu. La malade fut mise au repos complet et aux injections très chaudes.

A la fin de juillet, l'état ne s'améliorant pas du tout et la malade réclamant une opération, je pratique la laparotomie, au domicile de la malade, avec l'assistance de mes amis, les D^{rs} Durand et Ouvrier de Paris.

Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane, la main va chercher la trompe droite et l'amène facilement au dehors. L'aspect de l'organe est absolument insolite; ce qui frappe immédiatement c'est la couleur bleu indigo de la trompe, un peu moins grosse que le petit doigt et dure. L'ovaire présente à la surface de nombreuses bosselures kystiques. La trompe est enlevée après la ligature du pédicule à la soie plate.

L'organe gauche présente la même coloration bleue et la même consistance. Ablation et ligature à la soie.

La malade se leva à partir du sixième jour, et, le quinzième jour, vint me voir chez moi.

Le résultat ne fut pas aussi complet qu'on aurait pu l'attendre. Des douleurs légères se montrèrent encore surtout la nuit; et il y eut, le vingt et unième jour, une réapparition des règles.

L'examen démontra que les points douloureux précédemment indiqués existaient toujours; mais la douleur était provoquée par la pression et n'existait pas spontanément. Ces points siégeaient sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, utérines et vaginales. Rapprochant les symptômes d'artérite, du fait de la coloration bleue des trompes et des renseignements que

me donna M^{me} S..., sur une maladie qu'avait eue son mari, quinze ans auparavant; je soupçonnai l'existence d'une syphilis méconnue, ayant produit des altérations salpingiennes, je fis venir le mari et appris qu'en effet il avait eu autrefois la syphilis. Dès lors il ne me parut pas douteux que je m'étais trouvé en présence d'un cas de salpingite syphilitique.

M^{me} S... fut soumise au traitement spécifique qui fit disparaître complètement les douleurs spontanées et les douleurs provoquées en moins de trois semaines.

M^{me} L..., âgée de 38 ans, ressentait des douleurs sourdes intermittentes, dans le bas-ventre, des deux côtés.

Accouchée, à 23 ans, d'un enfant mort; à 26 ans, d'un enfant actuellement vivant, mais chétif, elle a eu, à 29 ans et à 32 ans, deux fausses couches.

Elle s'est toujours bien portée, sauf que dans les premiers temps de son mariage, elle avait de fréquents maux de gorge. Au mois de mai 1898 M^{me} L... commença à souffrir dans le côté gauche du bas-ventre, d'abord d'une façon intermittente les douleurs durant trois ou quatre jours et cessant ensuite pendant huit jours, puis à intervalles plus rapprochés, avec une durée plus grande et une intensité plus considérable.

Au mois d'août 1898, le côté droit se prend à son tour et les douleurs suivent la même marche que celles du côté gauche. Les règles augmentèrent de fréquence et d'abondance si bien qu'en octobre, elles reparurent deux fois et durèrent chaque fois dix jours au lieu de quatre.

Appétit amoindri, pas d'amaigrissement.

Constipation habituelle; mais pas de ballonnement du ventre pas de nausées, pas de vomissements; urines normales.

A l'examen superficiel du ventre, points douloureux provoqués à l'orifice externe du canal inguinal et sur le trajet des artères épigastriques. Les fémorales sont également douloureuses à la pression.

Les régions annexielles sont sensibles au palper profond sans qu'on puisse délimiter une masse morbide quelconque.

Au toucher simple, utérus en forte antéversion, col normal.

Les mouvements imprimés à l'utérus provoquent une certaine douleur ; le cul-de-sac postérieur est libre, les culs-de-sacs latéraux sont douloureux ; tout à fait en avant, on sent l'ovaire également douloureux ainsi qu'un cordon dur, du volume d'un crayon. La malade, ayant gardé le lit depuis deux mois et ayant suivis sans résultat les traitements les plus divers, réclamait une opération.

Le souvenir de mon premier cas me fit bien penser à la possibilité d'une salpingite syphilitique ; mais je ne m'attardai pas à ce diagnostic, en raison de l'isolement de mon premier cas. J'acceptai de pratiquer une laparotomie avec le secret espoir de retrouver des *trompes bleues*. Je pris le mari à part et essayai d'obtenir quelques renseignements sur son état de santé antérieur, mais je ne pus avoir aucune indication sur l'existence de la syphilis.

La laparotomie fut donc pratiquée le 15 novembre 1898.

La trompe droite était bleue, mais la gauche était blanche, à peine rosée, dure, presque rigide et rectiligne, adhérente à la paroi abdominale, tandis que la droite était libre d'adhérences.

Me rapportant à mon premier cas, je laissai en place la trompe bleue et enlevai la gauche, décidé à soumettre la malade au traitement spécifique aussitôt après la guérison opératoire

qui se fit comme d'habitude, c'est-à-dire que la malade se leva le sixième jour, débarrassée des fils et du pansement.

Quinze jours après l'opération, j'instituai le traitement antisyphilitique et j'obtins en un mois le résultat suivant :

Les douleurs qui avaient persisté après l'opération disparurent à *droite*, du côté où j'avais laissé en place la trompe bleu, mais persistèrent, quoique très amoindries, à gauche, c'est-à-dire du côté où j'avais enlevé l'organe. Cependant les points douloureux siégeant sur les fémorales, épigastriques, utérines avaient disparu.

Les règles reparurent normales à partir du deuxième mois, mais les douleurs persistèrent encore intermittentes et très légères à gauche. L'examen histologique pratiqué par feu Dr Leh, montra qu'il s'agissait d'une sclérose totale de la paroi tubaire et qu'il existait une péri-artérite intense des ramifications sous-ovariennes.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans, mariée depuis seize ans, ayant reçu de son mari, très peu de temps après le mariage, « une mauvaise maladie », suivant son expression.

Elle eut, deux mois après son mariage, un gonflement considérable des grandes lèvres et des glandes dans les deux aines ; puis, quelque temps après des rougeurs sur la poitrine et le ventre, des plaques grises sur les lèvres et des maux de gorge, accompagnés de maux de tête violents surtout la nuit. Un médecin consulté fit prendre des pilules pendant deux mois et les accidents disparurent.

Trois mois après cette guérison, il y eut des boutons aux grandes lèvres et une lésion anale s'accompagnant de vives douleurs lors de la défécation. Nouveau traitement par les

pilules et disparition des symptômes en moins de six semaines.

Il y a deux ans, elle commença à souffrir du côté droit du bas-ventre, d'abord d'une façon intermittente à l'époque de ses règles surtout, puis peu à peu d'une façon continue, mais avec l'intensité variable. Parallèlement aux douleurs les règles augmentèrent de quantité et de fréquence si bien qu'au mois de mai 1901 il y avait un écoulement sanguin continu, très abondant cinq jours avant et cinq jours après l'époque présumée des règles; peu abondant mais réel, dans l'intervalle de deux époques. La malade était soignée depuis six mois par un confrère qui, en désespoir de cause, avait proposé de pratiquer un curettage. La malade un peu effrayée par la perspective d'une opération me fut adressée par M. S..., sujet de ma première observation.

En raison des commémoratifs et des signes physiques (douleurs au trajet des artères, annexes douloureuses) je portai le diagnostic de salpingites syphilitiques, déclarai à la malade qu'une opération ne serait peut-être pas nécessaire et instituai le traitement spécifique.

Trois semaines après l'atténuation des symptômes était très considérable et deux mois après la malade était complètement guérie.

Il s'agissait d'une dame Bl..., âgée de 30 ans, mariée depuis dix ans, ayant eu trois fausses couches et ayant présenté au début de son mariage des accidents divers : maux de gorge, plaques sur les lèvres et la langue, éruptions cutanées, chute de cheveux pouvant être rattachés à la syphilis, cependant sans certitude.

En septembre 1902, douleurs dans le côté droit du bas-ventre,

d'abord intermittentes, plus intenses la nuit, accompagnées de règles abondantes; puis augmentation de fréquence de durée et d'intensité; enfin apparition cinq mois après, de douleurs du côté gauche, présentant les mêmes caractères que celles du côté droit. Pertes très abondantes, léger amaigrissement.

Trompes du volume du petit doigt, régulièrement cylindriques, douloureuses. Lésions bilatérales plus prononcées à droite, artères épigastriques, fémorales, vaginales, utérines, honteuses, internes, douloureuses à la pression, mais non spontanément. Le diagnostic probable fut salpingite syphilitique. La laparotomie fut pratiquée. Trompes bleuâtres de petit volume; adhérences à droite. Ablation de la trompe droite seule; la trompe gauche est laissée en place. Dix jours après l'opération, apparition d'une perte abondante et d'une petite tuméfaction à droite de la cicatrice. Cette tumeur s'accrut; au bout de huit jours elle avait le volume d'une noix, était adhérente à la peau, mobile sur les plans profonds, légèrement douloureuse. Vingt jours après l'opération ouverture spontanée avec écoulement de pus épais, vert pâle. La malade continuait à ressentir des douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, les points douloureux artériels persistaient. Il n'y eut pas de doute pour moi qu'il s'agissait de salpingites syphilitiques et d'une gomme de la paroi abdominale. Le traitement spécifique fut institué et trois semaines après la gomme était cicatrisée, les douleurs annexielles et artérielles avaient disparu.

Épicrise. — En résumé il existe d'après M. Wassilieff (1) des lésions annexielles, de petit volume, pré-

1. Nous empruntons cette épicrise à l'analyse que donne M. Wassilieff à ses observations.

sentant une marche progressive, oscillante et continue s'accompagnant de douleurs, de métrorragies également progressives, oscillantes et continues, de douleurs non spontanées mais à la pression, sur le trajet des artères fémorales, épigastriques, vaginales, utérines et honteuses internes, douleurs artérielles ignorées des malades.

La vue directe, après laparotomie, a montré soit des trompes cyanosées, bleues, régulièrement cylindriques, soit des trompes blanches, dures, rigides, dont la nature syphilitique paraît démontrée par les véritables expériences réalisées dans les différents cas mentionnés ci-dessus, c'est-à-dire :

1° Douleurs persistantes, malgré l'ablation de trompes bleues, guérison par le traitement.

2° Persistance des douleurs du côté de la trompe bleue conservée ; guérison par le traitement ;

Très légère amélioration du côté de la trompe blanche enlevée ;

3° Pas d'action du traitement sur des trompes blanches sclérosées ;

4° Guérison par le traitement sans intervention chirurgicale ;

5° Guérison des lésions bilatérales par le traitement malgré l'ablation d'une seule trompe, toutes deux ayant été trouvées bleues au cours de la laparotomie.

PROFESSEUR LA TORRE. Della sifilide uterine. *La Clinica Ostetrica*, 1904, fasc. XII.

Femme de 40 ans, paysanne, contaminée par le mari : deux accouchements prématurés et deux avortements. Elle eut des

manifestations syphilitiques primaires et secondaires qu'elle ne traita pas. Depuis deux ans elle a des règles très abondantes et quelquefois une hémorragie intermenstruelle. A l'examen gynécologique on trouve l'utérus grossi, le col tuméfié et déchiré, avec ectopie de la muqueuse qui est le siège d'une ulcération étendue. Le col est dur vers le cul-de-sac gauche qui a presque disparu et qui est remplacé par une masse de tissu dur. La cavité utérine a une longueur de 11 centimètres ; on ne sent pas les ovaires. D'abord on avait fait le diagnostic de métrite et de dégénérescence du col avec des restes de phlegmon du ligament large ; on avait pratiqué un raclage profond non seulement de la cavité du corps et du col mais aussi de la vaste surface exulcérée du museau de tanche. La surface exulcérée ne se cicatrisa pas après le raclage, mais s'étendit et devint fongueuse ; les métrorragies continuèrent.

M. La Torre en rapprochant des antécédents la persistance des accidents et l'exulcération du col qui augmentait, soupçonna qu'il s'agissait d'une lésion spécifique et institua un traitement iodo-mercuriel. A la suite de ce traitement les hémorragies cessèrent, l'exulcération se cicatrisa parfaitement et l'utérus diminua de volume.

La malade fut revue un an après et trouvée en parfait état de santé.

VERCHÈRE. Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Rouen, avril 1904. *Le Bulletin médical*, p. 399, 1904.

La première malade était une femme de 35 ans ayant eu deux fausses couches et qui présentait des métrorragies que son mé-

decin ne pouvait arrêter et pour lesquelles je fus appelé en consultation.

Je fus rapidement acculé au curettage qui fut suivi d'un mois d'arrêt. A ce moment les hémorragies reparurent. Je fus appelé au bout de huit jours et trouvai la malade dans un état tel que l'hystérectomie fut décidée pour le lendemain. Quand j'arrivai, la malade était mourante et elle succomba malgré la transfusion faite de bras à bras, le mari s'étant offert pour cela.

La seconde âgée de 16 ans était entrée dans mon service pour syphilis secondaire. Elle fut prise d'hémorragie sans cause connue. Je dus la tamponner ; malade indocile elle défit le tamponnement, je recourus au curettage. Cinq jours après elle mourrait d'hémorragie. A l'autopsie, il n'y avait aucune lésion visible soit dans les ovaires, soit dans l'utérus.

Épicroise. — Les deux observations de M. Verchère ne peuvent pas être considérées comme démonstratives en faveur de métrorragies syphilitiques. Elles ont un intérêt purement instructif en ce sens qu'on doit penser, chaque fois qu'on se trouve en présence de métrorragies rebelles ne cédant à aucun traitement, à l'origine syphilitique possible de ces métrorragies et agir promptement en appliquant le traitement spécifique. L'action positive ou négative de ce dernier tranchera la question. Quant aux métrorragies observées par M. Verchère rien ne nous autorise de les imputer à la syphilis.

BOUILLY in JOUEN. *Contribution à l'étude de la syphilis des trompes et des ovaires.* Thèse de Paris, 1905.

Comp..., 23 ans, entrée le 10 octobre 1898 à l'hôpital Cochin. Réglée à 11 ans 1/2, très abondamment, perd des caillots pendant huit jours et n'a en moyenne que quinze jours d'aménorrhée. Premier accouchement à terme, il y a six ans, suivi d'une légère infection.

Deuxième accouchement à sept mois, il y a cinq ans ; fausse couche de quatre mois sans accident il y a six mois.

Cette malade souffre du ventre depuis trois ans et a des métrorragies abondantes. Il y a deux ans, M. Hartmann lui fit, pour des métrorragies, deux curettages successifs et soupçonna une salpingite ; amélioration peu durable ; depuis lors augmentation de la fréquence et de la durée des règles. *Depuis la fausse couche faite il y a six mois*, aggravation de la douleur et des métrorragies et nécessité du repos au lit ; depuis deux mois, métrorragie de huit jours après huit jours d'intervalles, douleurs et pertes presque continuelles. L'examen ne révèle rien de bien appréciable ; l'indication opératoire est surtout tirée de la persistance des douleurs et des hémorragies, ces douleurs sont surtout vides la nuit. (Nous apprenons par un accident de la suite que la malade était syphilitique.) Hystérectomie vaginale le 22 octobre. Utérus sain, très légèrement augmenté de volume ; ovaires atrophiques du volume d'une noisette.

Trompes saines, un peu rouges. Dans les jours suivants, ils se produisit une eschare fessière qui creusa profondément, prit tous les caractères d'une ulcération syphilitique et ne guérit que par un traitement spécifique à l'iodure de potassium. Guérison

opératoire rapide, disparition immédiate de toutes les douleurs. La malade est revue plusieurs fois complètement guérie.

Examen des pièces. — Ovaires petits, atrophiés, scléro-kystiques. Utérus volumineux présentant des lésions d'endopériartérite et d'endopériphlébite.

Épicrose. — Cette observation serait à rapprocher de celles de M. Verchère, avec cette différence que dans le cas présent il s'agissait d'une femme notoirement syphilitique.

Il est intéressant à noter que l'hystérectomie a révélé des lésions d'endartérite et d'endophlébite, ce qui serait plutôt en faveur de l'origine syphilitique de troubles dont était atteinte cette femme. Ici nous pouvons supposer avec plus de droit et de conviction qu'on pourrait parfaitement éviter l'opération si on avait eu recours au traitement spécifique en temps opportun.

M^{lle} ROBINEAU. Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Rouen, avril 1904. Le *Bulletin médical*, p. 399, 1904.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, présentant des métrorragies cataméniales l'ayant conduite à la cachexie. L'interrogatoire de cette malade m'apprit qu'elle avait contracté la syphilis il y avait huit ans. Trois fausses couches, traitement insuffisant. Utérus gros, dur, empatement périphérique. Sous l'influence du traitement spécifique nous finîmes par tirer la malade d'affaire, mais après les péripéties émouvantes.

L'histoire d'une deuxième est à peu près semblable. Là encore

traitement insuffisant, tumeur utérine, sorte de pseudo-fibrome, métrorragies. La syphilis datait de quatorze ans, la malade était âgé de 45 ans.

Malgré la gravité de son état et l'abondance des hémorragies la guérison s'obtint par le traitement spécifique.

JOUKOVSKY. Ménorragie des organes génitaux des nouveaux-nés du sexe féminin considérée comme phénomène pathologique. Un cas de colite et de la syphilis de l'utérus. *Wratchebnaja gazeta*, 1904, n° 17, p. 505.

L'enfant est venue au monde le 15 février bien constituée et de poids normal. Asphyxie combattue avec succès. Rien d'anormal pendant les trois premiers jours.

Au quatrième jour survient une forte diarrhée et en même temps une hémorragie des organes génitaux. L'enfant perdait peu de sang mais d'une manière continue.

Le 20 février l'enfant a succombé.

A l'autopsie on constate la syphilis congénitale.

A l'examen macroscopique on constate une hyperhémie assez considérable du gros intestin et gonflement des ganglions mésentériques. Dans le fond de l'utérus on aperçoit des hémorragies.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de la syphilis congénitale. On constate des hémorragies multiples sous la muqueuse de l'utérus. Dans plusieurs endroits la couche de l'épithélium est interrompue et le sang arrive dans la cavité utérine. On rencontre des hémorragies autour du capillaire de la couche musculaire. La muqueuse de l'utérus est infiltrée. Les veines à la limite de la couche musculaire sont très dilatées et bourrées d'érythrocytes. Les artères présentent des modifications com-

munes aux endartérites chroniques. Par ci par là on trouve de petites artères oblitérées.

GIOVANNI FRANCESCHINI. Ménorragie et métrorragie di origine syphilitica. *La Clinica Ostetrica*, 1905, v. VII, fasc. 2, p. 47.

Malade âgée de 26 ans environ. La contagion syphilitique remonte à cinq ans. Trois fausses couches avec des fœtus morts et macérés au sixième et huitième mois. Elle fut suivie d'une abondante hémorragie utérine coïncidant d'abord avec les époques pour devenir quelquefois intermenstruelles.

Les nombreux traitements auxquels on a eu recours sont restés sans résultat. La malade est devenue profondément anémique, débile et exténuée. L'examen fut toujours négatif. La malade accusait seulement une douleur modérée dans la région de l'ovaire droit. Les antécédents syphilitiques de la malade ont amené l'auteur à rechercher de ce côté la cause de la maladie. Le traitement spécifique fut institué et les métrorragies s'arrêtèrent comme par enchantement. Les menstruations sont devenues régulières comme époque et comme quantité.

BETTI UGO ARTURO. Due casi di sifilide uterina ed annessiale.
La Clinica Ostetrica, 1905, v. VII, fasc. 6.

Malade âgée de 40 ans, ayant eu quatre accouchements.

Réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans, toujours régulièrement depuis jusqu'à l'âge de 30 ans environ. Deux ans après son dernier accouchement, ses règles sont devenues très fréquentes et abondantes au point de compromettre sa

santé. A l'époque elle était soignée par un médecin qui lui a prescrit deux pilules par jour. La malade continua ce traitement pendant plusieurs mois. Les pertes ont disparu et les règles ont repris leur cours normal. Son mari avait la syphilis et était soigné par le même médecin et de la même façon.

Après une période de huit ou dix ans de santé la malade a commencé de souffrir de nouveau d'hémorragies, qui, d'abord ménorragiques, sont devenues métrorragiques ensuite au point de la réduire à ce tel état d'anémie et de faiblesse dans lequel je l'ai trouvée. L'examen objectif a donné des résultats parfaitement négatifs. Ne pouvant pas formuler un diagnostic je me bornai à combattre l'hémorragie par des remèdes communs qui ont apporté une amélioration passagère. Les métrorragies apparaissaient de nouveau dans la même fréquence et dans les mêmes proportions qu'avant. Un nouveau examen ne m'ayant apporté aucune lumière, je me suis rappelé le traitement auquel ont été soumis les deux époux ensemble, et l'idée me vint que la syphilis pourrait en être la cause. J'ai eu recours au traitement spécifique qui, en peu de temps, a démontré son efficacité de manière que les pertes devinrent moins abondantes et moins fréquentes, pour prendre après quatre ou cinq mois de traitement les caractères de menstruations normales.

Femme mariée, âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques personnels et héréditaires. Une seule grossesse à 20 ans qui s'est bien terminée. Depuis un an les menstruations qui ont été toujours régulières comme époque, quantité et qualité (réglée à 13 ans) ont commencé à devenir très abondantes et se prolongèrent dix jours environ (rarement moins), de telle sorte qu'on pourrait les qualifier de métrorragies étant donné que le temps

entre ces deux époques variait de sept à quinze jours. A la palpation on révèle une douleur au-dessus du pubis un peu au-dessous des deux hypocondres. Au toucher combiné, on sent l'utérus uniformément augmenté de volume, col induré au centre et à la périphérie. Au spéculum on voit au museau de tanche une ulcération avec une surface granuleuse saignant au moindre contact. On voit suspendu à l'orifice du mucus catarrhal. Me basant sur mon examen et apprenant que le mari avait une blennorragie, j'ai porté le diagnostic de catarrhe utérin chronique et de cervico-métrite chronique d'origine probablement blennorragique. Il a été procédé à l'administration de l'ergotine, de l'arsenic et du fer et les applications locales de l'ichtyol qui ont été précédées d'un curettage et les injections iodées intra-utérines. Tous ces moyens ont abouti à la guérison au bout de deux mois environ. Mais cette guérison n'était en réalité qu'apparente parce que trois mois après les troubles menstruels ont réapparu de nouveau avec une rapidité insolite pour assumer les mêmes caractères qu'avant. Malgré le traitement qui a duré un mois on n'a pas observé d'amélioration. J'ai eu alors à cette époque l'occasion de voir le mari qui est venu me consulter pour une seconde blennorragie et j'ai pu noter sur son corps les signes certains d'une syphilis antérieure. Du reste il a fini par l'avouer. Dès lors ce serait une grave erreur de ne pas essayer le traitement spécifique à qui j'ai associé les injections vaginales de sublimé à 1,5000. Le traitement était continué pendant six mois et aboutit à la guérison complète. L'amélioration était évidente dès les premiers jours.

PAUL DALCHÉ. Métrorragies et syphilis. *Le Bulletin médical*, 1906, n° 5, p. 591.

Il s'agit d'une jeune femme admise à l'hôpital le 8 avril 1904, pour métrorragie. Les antécédents n'avaient présenté rien d'anormal du côté génital.

Réglée à 18 ans elle s'était mariée à 29 ans, avait accouché peu après, sans aucune suite ni perturbation menstruelle.

En 1903, à l'âge de 37 ans, elle contracte la syphilis, qui prend rapidement chez elle un certain caractère de gravité, car dès la fin de cette année elle présente des accidents oculaires (iritis) et cutanés (syphilides des mains et des jambes).

Ces lésions étaient encore en pleine évolution lorsque, en avril 1904, elle fut prise d'une métrorragie abondante, survenue trois jours après ses règles, et qui nécessita son entrée à l'hôpital. A ce moment nous n'établissons aucun rapport certain entre la syphilis et l'hémorragie qui est traitée par les moyens habituels, la perte dura jusqu'à la fin du mois de mai, avec des alternatives d'arrêts et de reprises, et la malade sortit de notre service pour entrer à l'Hôtel-Dieu, et y faire soigner son iritis, le traitement spécifique, administré sous forme d'injections de biiodure, ont comme résultats non seulement la guérison des accidents syphilitiques, mais une cessation complète de la métrorragie, obtenue parallèlement. Cependant on ne pouvait encore rien en conclure. Mais à partir de novembre 1904, les règles deviennent plus abondantes et douloureuses et la malade ressent une douleur à gauche qui irradie dans tout le bas-ventre. Enfin, en septembre 1905, survient une seconde métrorragie accompagnée de douleurs extrêmement violentes, « atroces »

suivant l'expression de la malade et à ce moment on constate dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse sensible que je crois être un ovaire.

Le traitement institué à ce moment fut le traitement mercuriel sous forme d'injections de biiodure à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, et suffit à provoquer la disparition complète des hémorragies et des douleurs.

La malade sortit de l'hôpital pour revenir en février 1906 et subir, par précaution et préventivement, une série de piqûres bi-iodurées.

Elle n'éprouve ailleurs aucune douleur ; ses règles sont normales ; mais elle accuse quelques pertes blanches.

Une jeune fille de 17 ans entre à l'hôpital le 8 février 1905 pour une métrorragie durant depuis trois semaines.

De constitution plutôt médiocre, chargée d'une hérédité suspecte de tuberculose, mais sans présenter elle-même aucun signe thoracique, elle n'a jamais été malade. A 14 ans, âge moyen de la puberté en France, elle n'était pas réglée encore, et n'éprouvait aucun des malaises et des symptômes habituels à la puberté. Donc, n'étant pas encore formée, n'ayant jamais eu ses règles, elle est violée, dit-elle, en février 1904, dans un escalier ; et après ce seul rapport, elle présente les signes de syphilis ; en juillet 1904, nous constatons nous-même des plaques muqueuses vulvaires, anales et buccales.

Elle subit à ce moment le traitement mercuriel et sortit de l'hôpital, cette première fois, guérie de tout accident spécifique.

Le 1^{er} janvier 1905, elle est prise brusquement de douleurs vives dans le bas-ventre, douleurs irradiant dans les cuisses et les reins, et s'accompagnant d'une leucorrhée légère. Ces symp-

tômes prémonitoires précèdent l'apparition de ses premières règles qui se manifestent le 17 janvier; l'hémorragie augmente d'abondance les jours suivants, les douleurs abdominales deviennent très vives, surtout à droite, si vives que la malade ne peut s'empêcher de pousser des cris.

Le 8 février, enfin, aucune amélioration n'étant survenue, elle se décide à revenir à l'hôpital.

Nous administrons le traitement spécifique accompagné d'irrigations chaudes. La perte s'arrête assez vite mais la douleur du côté persiste quoique atténuée; la palpation reste très douloureuse et le toucher permet de reconnaître dans le cul-de-sac droit une petite tumeur qui nous paraît être l'ovaire gros et sensible.

Cette malade resta longtemps dans le service et ses règles suivantes furent beaucoup moins douloureuses, sortie, elle cessa de suivre son traitement, mais un peu plus tard ayant eu des règles plus longues et plus pénibles, elle revint spontanément pour le reprendre.

Depuis un an environ, nous l'avons perdue de vue.

Epicrise. — Les deux observations offrent une analyse assez serrée des symptômes parvenant ainsi à établir entre eux un lien de probabilité en faveur de la thèse de l'origine spécifique de ces métrorragies.

A. GAROFALO. Un caso di metrorragia sifilitica.
La Clinica Ostetrica, 1906, fasc. 10, page 224.

T... M..., âgée de 19 ans, réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans peu abondamment. Rien dans les antécédents digne à noter.

Premier rapport à 15 ans. Grossesse un an après. Au cinquième mois de la grossesse elle présenta une ulcération située au bord gauche de la langue, ulcération dure qui était accompagnée d'une grande tuméfaction des ganglions du cou. Elle avait des plaques sur la muqueuse buccale et pharyngée. Maux de tête, amaigrissement notable et un peu de fièvre.

Au neuvième mois elle accouche d'une fille qui meurt dix minutes après la naissance.

Peu après elle présenta une éruption sur tout le corps. Nouvelle grossesse trois mois après qui se termine par une fausse couche au troisième mois avec une forte hémorragie.

Depuis le dernier avortement la jeune fille a commencé à avoir des pertes rouges, intermittentes et très abondantes qui prenaient d'abord un caractère ménorragique pour devenir métrorragique ensuite. Les pertes s'accompagnaient de douleurs dans l'abdomen et dans les reins. Malade perdait du sang noirâtre avec des grumeaux. Les hémorragies durèrent de douze à quinze jours.

A l'examen objectif on constate que la malade est profondément anémique, se plaint de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen. Ventre non météorisé facilement palpable. Au toucher on note une légère douleur dans les annexes du côté droit, corps de l'utérus normal comme forme et volume. Au spéculum on voit que le col est gros et congestionné.

Quelques jours après l'examen la malade a eu une abondante métrorragie qui dura huit jours obligeant la malade de s'aliter.

La malade a été soumise aux injections intra-musculaires de la solution de sublimé au centième qu'elle supporta parfaitement bien.

Après vingt injections elle a eu une menstruation presque normale qui dura cinq jours.

Au mois de mars les règles ont été normales.

L'auteur a continué les injections tous les deux jours pendant le mois d'avril. Les règles du mois d'avril sont venues normales avec quelques jours de retard.

Le traitement dura trois mois.

LEUCIO LONGUI. *La sifilide uterina con osservazioni di metrorragia sifilitica*, Brindisi Aprile, 1907.

Première observation, mars 1906.

G. T..., 23 ans, prostituée. Développement squelettique et musculaire normal, couche adipeuse très développée, coloration des muqueuses pâle. Les ganglions inguinaux augmentés de volume, durs et mobiles sous la peau. Régulée de bonne heure, les règles ont toujours été normales et n'a pas souffert de troubles utérins.

A 17 ans elle accouché d'un fils vivant et bien portant.

N'a pas eu de fausses couches.

Il y a environ trois ans elle contracta la syphilis et elle est venue me consulter pour les manifestations secondaires (roséole, angine). Elle se porte bien pendant quelque temps puis elle est prise d'une sciatique droite qui la fait souffrir horriblement surtout la nuit. En outre la malade se plaint de métrorragies abondantes et persistantes, sans lésions locales, dont elle souffre depuis une vingtaine de jours. A l'examen des organes génitaux, on constate que la vulve et le vagin sont normaux, l'utérus ne présente pas des altérations appréciables. Au spéculum, col et orifice du col sains. A la pression on fait sortir du sang rouge;

J'ai porté le diagnostic de névralgie sciatique de l'origine syphilitique et j'ai soumis la malade aux injections journalières du sublimé corrosif de 1 centigramme. A la cinquième injection même avant la malade a vu disparaître les douleurs névralgiques en même temps que les métrorragies.

Elle se porte bien et les menstruations sont redevenues normales.

LEUCIO LONGUI. Deuxième observation, janvier 1907.

N. N..., 24 ans, femme mariée. Constitution physique forte, colorations des téguments et des muqueuses pâles. Réglée à 13 ans, toujours bien réglée. Aucun antécédent pathologique à noter. Mariée à 23 ans sans jamais avoir eu une grossesse ou une fausse couche.

A l'examen objectif j'ai noté un syphiloderme à grosses macules de coloration rouge distribué d'une façon symétrique sur le tronc et disparaissant à la pression. Éruption impétigineuse du cuir chevelu. Ganglions inguinaux et épitrochléens un peu augmentés de volume, indurés, indolores et mobiles sous la peau.

La malade n'a pas pu préciser l'époque de l'apparition de la maladie qu'elle présente, et j'ai appris seulement qu'il y a environ deux mois les règles sont devenues un peu abondantes, survenant à des périodes irrégulières, s'accompagnant de douleurs dans l'hypogastre avec irradiation à la région sacrée.

A l'examen des organes génitaux j'ai trouvé à la vulve une petite nodosité papuloïde dure au toucher que j'ai pris pour une sclérose résiduale. Vagin et utérus normaux. La palpation de la partie inférieure de l'abdomen est légèrement douloureuse.

J'ai porté le diagnostic de la syphilis à la période secondaire

et j'ai commencé le traitement spécifique par des injections du cyanure de mercure à la dose de 1 centigramme chacune. La malade a vu disparaître la roséole et les douleurs s'atténuer.

Les règles sont devenues normales.

GUILLEMOT. *Métrorragies syphilitiques*. Le *Courrier médical*, n° 15, 14 avril 1907.

La malade, âgée de 33 ans, est venue consulter, à la clinique de MM. Hery et Guillemot, le 3 février 1906, pour des pertes de sang remontant à trois semaines environ. Elle a été vue et soignée par Hery et moi.

Elle s'est mariée en décembre 1891. Son mari, dit-elle, avait contracté la syphilis en 1886. Elle a eu huit grossesses : en 1903, elle a accouché d'un fœtus de six mois mort immédiatement après la naissance. En 1905, elle a fait une fausse couche de trois mois et demi.

En octobre 1904, elle avait été atteinte de roséole et de syphilides vulvaires, pour lesquelles elle a suivi un traitement mercuriel sous forme de pilules.

Au mois de février 1905, elle a présenté des pertes sanguinolentes dans l'intervalle des règles.

Le 3 février 1906, on constate que le col, déchiré jusqu'au niveau du cul-de-sac droit, est granuleux au toucher. L'utérus est assez volumineux, antéfléchi; il n'y a rien d'anormal du côté des annexes.

Le spéculum permet de voir sur le col une tache arrondie qui se distingue du reste de la muqueuse cervicale par sa coloration rougeâtre, analogue à celle du maigre jambon.

Nous pratiquons séance tenante une injection de 5 centigram-

mes de calomel dans la fesse, et introduisons un tampon imbibé de glycérine ichtyolée.

La malade revient huit jours après le 10 février. L'écoulement sanguin s'est arrêté le 6 février, c'est-à-dire trois jours après la première injection de calomel. La tache cervicale a diminué dans ses dimensions, et sa teinte est moins foncée,

Seconde injection de 5 centigrammes de calomel dans la fesse; pansement vaginal ichtyolé.

La malade revient encore le 17 février, et nous lui faisons une troisième injection de 5 centigrammes de calomel.

Malheureusement nous ne l'avons plus revue. Néanmoins, j'ai cru intéressant de rapporter cette observation, bien qu'un peu incomplète. Car, étant donné les antécédents nettement syphilitiques de la malade, et la cessation rapide, à la suite d'une injection de calomel, d'un écoulement sanguin persistant, il semble bien qu'on se trouve en présence d'un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique.

Épicrise. — Cette observation ne peut pas être classée parmi les plus caractéristiques.

Le fait qu'après une injection de 5 centigrammes de calomel les métrorragies se sont arrêtées pour quelques jours n'a rien de caractéristique, d'autant plus qu'un tampon imbibé de glycérine ichtyolée était mis en même temps. En outre la malade était suivie et observée pendant un temps trop court pour qu'on soit autorisé de mettre sur le compte de la syphilis les hémorragies qu'elle présentait.

NICOLA DE PACE. *Sulla sifilide utero annessiale.*
La Clinica Ostetrica, 1907, fasc. 17, p. 385.

C. de B..., âgée de 42 ans, multipare, vient me consulter pour une hémorragie utérine grave et pour de fortes douleurs dans le bas-ventre et fièvre.

Père mort d'une grippe. Malade souffre de fièvre paludéenne. Règlée à 13 ans pour la première fois et très abondamment. Mariée à 16 ans.

Un accouchement neuf mois après. Quelque temps après devient enceinte de nouveau et au septième mois expulse un fœtus mort.

Elle avait ensuite deux fausses couches, l'une de trois mois et l'autre à un mois suivies d'une nouvelle grossesse qui donna naissance au bout de sept mois à un enfant mort tout de suite après l'accouchement. La malade a eu des ménorragies avec les intervalles intermenstruelles normales.

Au mois de mai courant, le 17, elle a eu, à l'occasion de ses règles, une hémorragie qui dura vingt jours s'accompagnant de vives douleurs dans le bas-ventre correspondant à la région inguinale droite.

Un médecin venu à domicile a consulté une opération, pensant qu'il s'agit d'une tumeur.

Après environ plus d'un mois de telles souffrances, la malade se présente à la consultation.

La malade est dans un état de dépérissement très accentué, c'est à peine si elle se tient debout courbaturée par les douleurs dans le bas-ventre, s'exaspérant au moindre mouvement.

L'examen sommaire des autres organes fait constater que la rate est légèrement augmentée de volume. Ventre météorisé, sen-

sible à la moindre pression. Langue sèche, rouge, température : 39°. Pouls petit et fréquent. En palpant la région hypogastrique, on trouve le fond de l'utérus immédiatement au-dessus du pubis qui va jusqu'au bord supérieur de la symphyse. A droite trouve une tuméfaction circonscrite et douloureuse à la pression. Col utérin légèrement augmenté de volume. Du côté des annexes droits, on trouve une masse qui part de l'utérus à qui elle s'implante par une large base, de consistance lisse et ligneuse, très douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse aussi très douloureuse.

Au spéculum on ne trouve rien d'appréciable.

Cavité utérine est de 8 centimètres.

La malade fut soumise au repos et au régime lacté. Pendant la nuit elle a beaucoup souffert de douleurs et a eu une grande perte de sang.

Réexaminant la malade on constate à gauche une tumeur moindre que celle du côté droit. Quelques données m'ont fait penser à la syphilis antérieure et la fièvre pouvant être mise sur compte du paludisme dont la malade fut atteinte. On a pratiqué une injection de chlorhydrate de quinine et une injection de sublimé à 2 0/0. En même temps on a prescrit une purge et une entéroclyse.

Le lendemain soir la température a descendu à la normale. Le jour, l'apyrexie, les pertes en même temps que les douleurs ont légèrement diminué.

Pendant quelques jours on a répété les deux injections et une rapide atténuation de différents symptômes s'ensuivit.

Les douleurs ont complètement cessé, le météorisme a disparu. L'hémorragie a presque disparu.

Après sept jours de traitement la malade a pu rentrer chez

elle pour revenir se traiter à la consultation par des injections mercurielles.

Après quinze jours de traitement on ne retrouve plus à l'examen que des traces inappréciables des anciennes tumeurs.

Continuant le traitement spécifique on a vu les hémorragies disparaître complètement et tout rentrer dans l'ordre.

MOURATOFF. Métorrhagie syphilitique. *Meditzinskoë obozrenie*, janvier 1907, p. 42 (en russe).

Malade âgée de 23 ans, arrive à Moscou pour se faire soigner. Pas d'antécédents héréditaires. La malade était toujours bien portante.

Réglée pour la première fois entre 13 et 14 ans.

Elle a ses époques tous les vingt et un à vingt-huit jours. Les règles sont indolores et pas abondantes et durent quatre ou cinq jours. En général M^{me} P... jusqu'à son mariage (18 ans) était d'une santé florissante. Elle se marie avec un homme de 33 ans qui était guéri de la syphilis, comme il l'affirme, quelque temps avant son mariage. La malade dès les premiers jours de son mariage a commencé à souffrir des pertes blanches et de douleurs à l'entrée du vagin. Le médecin a diagnostiqué « chancre et inflammation du vagin ». L'ulcération a disparu à la suite du traitement, mais les pertes blanches ont persisté ; quelque temps après (la malade ne peut pas déterminer exactement) apparaît « l'éruption syphilitique. »

A peu près à la même époque la malade devient enceinte. La grossesse ne présente rien de particulier, mais elle s'est interrompue au septième mois environ. Elle accouche d'un enfant vivant qui meurt dans les premiers vingt-quatre heures après l'accouchement.

A l'époque la malade a eu un peu de fièvre et elle se lève seulement trois semaines après cet accouchement. Les pertes sanguinolentes continuent pendant sept semaines. Les premières règles étaient très abondantes et ont duré huit jours. A partir de son accouchement jusqu'à l'époque où elle a été examinée par l'auteur, ses règles apparaissent tous les quinze à dix-huit jours, durent pendant huit jours, sont très abondantes et épuisent la malade à tel point que, d'après elle, d'une femme robuste et florissante, elle est devenue un squelette. La malade s'est soignée tout le temps sans interruption, subissant toutes sortes de traitements.

On lui a pratiqué deux fois le curettage de l'utérus. En résumé le traitement non seulement m'a donné un résultat quelconque mais la malade ressentait un épuisement de plus en plus grand qui l'a réduite au désespoir.

État actuel. — Malade se plaint d'une asthénie, d'amaigrissement, vertiges, manifestations hystériques, absence d'appétit et pertes génitales ; pas de douleurs nocturnes. On entend au cœur un souffle anémique. Rien aux appareils digestif et urinaire.

Appareil génital. — Au niveau de la paroi postérieure du vagin et du périnée on constate une cicatrice irrégulièrement arrondie en forme de facette de $1/2$ centimètre de diamètre.

Le toucher vaginal combiné à la palpation de la paroi abdominale qui est flasque donne les résultats suivants : col de l'utérus petit, de consistance ferme.

L'orifice du col se présente sous forme d'une fente régulière, transversale ; le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume, il est ferme et indolent ; les annexes sont accessibles, mais pas augmentés, indolores.

Dans le cul-de-sac droit, l'artère utérine est douloureuse à la pression. Au spéculum on trouve des érosions superficielles sur la grande lèvre droite et écoulement d'un liquide muco-sanguinolent du canal cervical.

A la face interne de la cuisse droite on voit une cicatrice blanchâtre, irrégulièrement arrondie, étoilée et rétractée.

Les ganglions de l'aîne et du coude sont perceptibles.

Vu les symptômes certains de la syphilis on prescrit le traitement spécifique.

Le traitement a duré pendant six semaines. Après quoi la malade a déclaré qu'au bout de dix jours de ce traitement elle a remarqué une diminution notable des pertes rouges et quinze jours après les pertes ont complètement disparu. Huit jours après la malade a eu ses règles, non abondantes, qui ont duré cinq jours. La malade se sent bien, elle a de l'appétit, les forces reviennent. Les manifestations nerveuses ont cessé. Le souffle cardiaque a également disparu. A l'examen des organes génitaux aucune anomalie ; les pulsations de l'artère utérine droite ne sont plus perceptibles.

ALBERT DREYER. Über Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis. *Dermatologische Zeitschrift*. Berlin, 1907, Bd. XIII, n° 8, p. 537.

Le 19 janvier 1903 j'étais consulté par une dame qui se plaint d'avoir depuis un an des pertes rouges fréquentes et assez abondantes. A l'examen, on constate aux organes génitaux à gauche une grosse papule suintante, une polyadénie, une roséole à gros plaquards sur le corps et les plaques ulcérées aux deux amygdales. Après la seizième friction les symptômes s'amendèrent un peu.

Le 16 février on a soumis la malade aux injections de sali-

cylate de mercure de 10 centigrammes deux fois par semaine. Le 25 février les époques sont beaucoup moins abondantes qu'avant. Le 29 mars les règles sont venues normales et toutes les manifestations syphilitiques ont disparu. Le traitement fut suspendu le 2 avril et depuis la malade n'a jamais présenté de manifestations syphilitiques. En août 1905 l'auteur a revu la malade qui leur a dit que ses règles sont normales, durant trois jours et pas abondantes.

A l'époque où j'ai vu la malade elle vivait avec un homme depuis trois ans, qui a eu il y a trois ans un chancre syphilitique. Il présenta à plusieurs reprises des manifestations syphilitiques, qui se réduisent à présent à une leucodermie située à la partie postérieure du bras et de l'avant-bras ainsi qu'à la partie dorsale de la main.

Pas d'autres lésions syphilitiques.

Épicrose. — Ici l'origine syphilitique de la métrorragie nous apparaît comme douteuse. L'ordre de succession des phénomènes n'est pas suffisamment clair pour qu'on puisse établir dans ce cas particulier entre la syphilis et la métrorragie un rapport de cause à effet. Le fait que les métrorragies ont disparu en même temps que les accidents spécifiques sous l'influence du traitement a tout de même un certain intérêt.

Observation inédite due à l'obligeance de M. Maurice Rollin,
ancien interne des hôpitaux.

Femme de 39 ans. Syphilis contractée sept ans auparavant.
Pas d'autres antécédents pathologiques. Vient consulter pour

une métrorragie survenue huit jours après les règles. Celles-ci ont toujours été régulières quoique un peu abondantes.

Rien au cœur. Rien aux poumons, foie, reins normaux.

Examen. — Utérus gros, dur, scléreux, non douloureux.

Pas de fausses couches antérieures.

En se rappelant les antécédents spécifiques de la malade on fait vingt injections de cyanure de mercure de 1 centigramme ; vingt jours d'iodure, vingt nouvelles injections.

Les accidents ne se sont pas reproduits au bout d'un an.

Épicroise. — Il est difficile de mettre sur le compte du traitement spécifique le fait que les métrorragies n'ont pas reparu.

Le traitement spécifique étant appliqué tout de suite nous ne pouvons pas savoir si c'est le traitement qui les a arrêtées ou bien si elles se sont arrêtées spontanément.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et pathogénie.

Bien que les faits cliniques que nous avons réunis soient déjà en nombre relativement assez considérable, les données pathogéniques et anatomo-pathologiques précises nous manquent encore pour interpréter d'une manière satisfaisante l'influence de la syphilis sur les fonctions génitales de la femme. Nous en sommes réduits dans l'état actuel de nos connaissances à des hypothèses plus ou moins concordantes avec les faits observés.

Il va sans dire que l'incertitude qui plane sur les métrorragies syphilitiques, quand il s'agit d'expliquer leur origine ou de se rendre compte de leur substratum anatomique, n'enlève rien évidemment à la valeur clinique et pratique des faits cités dans le chapitre précédent. En cela elles partagent le sort de beaucoup de problèmes médicaux, où la pratique a devancé la théorie.

Tout de même, il nous semble nécessaire de synthétiser dans la mesure du possible les constatations faites par différents auteurs à ce sujet. Ces constatations quelquefois intéressantes comme une vue de l'esprit, comme une manière plus ou moins originale de concevoir les

choses, nous rendront plus compréhensibles, plus aisés les phénomènes observés, permettant ainsi de les classer, de les assimiler aux notions déjà acquises et familières.

En tant que maladie générale la syphilis peut influencer les organes génitaux de deux manières : a) par son influence sur l'économie à titre de diathèse sans créer de lésions locales appréciables ou au moins cliniquement appréciables ; b) en donnant lieu à des lésions locales capables de déterminer des métrorragies.

Voyons d'abord comment on peut interpréter l'influence de la syphilis en tant que maladie générale dans la production des métrorragies.

Déjà en 1618 Issénus avait remarqué que la syphilis produit une cachexie spéciale due à une altération prématurée du sang sur la nature de laquelle il ne s'expliquait pas.

Hunter et Ricord comparaient cette cachexie avec la chlorose.

Dorvault examina les modifications chimiques du sang des syphilitiques. Il le trouva pauvre en globules et riche en albumine ; de là il conclut que, sous l'influence de la maladie, les hématies se transforment en albumine.

Liégeois a constaté aussi la cachexie syphilitique, la diminution de poids et des globules chez les syphilitiques.

Wilbouchewitch a étudié la proportion des globules chez dix syphilitiques. Il a vu que cette proportion est toujours au-dessous du chiffre normal pour les hématies comme 1 à 4 ou 1 à 11, tandis que les globules blancs augmentent jusqu'aux chiffres 1 pour 308 et 1 pour 437

globules rouges, au lieu du chiffre normal de 1 pour 600 et de 1 pour 700.

Dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux le 7 juillet 1882 MM. Martineau et Hamonic ont fait les constatations suivantes :

Les globules diminuent chez les femmes syphilitiques dans des proportions énormes puisque leur numération accuse seulement un chiffre variant entre 2 et 2 millions $1/2$ (par millimètre cube) ; ils augmentent rapidement de nombre lorsque ces femmes sont traitées par des injections hypodermiques de sublimé. Après huit jours de traitement la globulie disparaît.

Le chiffre est alors de 4 à 5 millions $1/2$ chiffre normal chez l'individu en bonne santé.

En même temps le poids du corps s'accroît et cet accroissement est de 1 à 5 kilogrammes. La densité de l'urine est même augmentée par suite d'une augmentation des chlorures et de l'urée. Plus le traitement spécifique est rapide et plus vite les globules se réparent.

Les résultats de MM. Martineau et Hamonic ont constamment démontré que la syphilis abaisse parallèlement le poids du corps, le nombre des globules rouges et le chiffre de l'urée et des chlorures contenus dans l'urine. Tous ces facteurs se reconstituent comme auparavant sous l'influence du traitement spécifique, et plus celui-ci est actif plus la réparation est rapide.

L'influence de la syphilis sur l'économie a été constatée et déterminée par Homolle (1) en termes suivants :

1. HOMOLLE. Article *Syphilis*. Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques, t. 34.

« Les premiers phénomènes qui accusent la participation de l'économie tout entière à la maladie sont des symptômes fonctionnels assez semblables à ceux qui accompagnent l'anémie et les grands troubles de la nutrition, quelle qu'en soit la cause.

« Les accidents viscéraux que cause la syphilis sont de divers ordres : les uns en apparence, au moins, purement fonctionnels, les autres manifestement associés à des lésions organiques de nature irritative, ou à la fois dégénérative et irritative, que l'on peut comparer aux lésions viscérales des maladies infectieuses. »

Et en passant aux troubles de la sphère génitale de la femme M. Homolle dit : « La leucorrhée se joint aux autres indices de débilité générale. Les troubles menstruels ne sont pas rares ; chez quelques femmes même, parmi celles qui sont plus gravement atteintes, il peut y avoir suppression des règles ou tendance aux métrorragies. Jullien concevait l'influence de la syphilis d'un manière analogue.

« Les troubles des fonctions utérines, disait-il, sont la conséquence de l'atteinte portée à la contribution du sang par le virus et présentent une grande analogie avec ceux que l'on observe chez les anémiques et chez les femmes soumises à l'action lente de certaines substances toxiques. »

Il signale les troubles de la menstruation sans parler des lésions anatomiques de l'utérus.

Il résulte des constatations que nous avons citées que la syphilis agit sur les organes génitaux par une dénutrition profonde de l'organisme et on a été porté à rap-

procher ses effets des perturbations produites par la chlorose dans l'économie. Cette manière de voir n'est pas partagée par beaucoup d'observateurs. Ainsi Homolle prétend que le mot de chlorose est mauvais et ne peut pas servir pour désigner cette anémie spéciale que produit la syphilis ; d'après lui les symptômes que l'on a coutume de rapporter à l'anémie spécifique ont en réalité des causes complexes. Ils témoignent d'un trouble général de la nutrition des grands appareils organiques et en particulier du système nerveux au moins autant que d'une hypoglobulie.

M. Fournier croit aussi qu'il est exagéré de rapporter exclusivement à l'anémie les troubles menstruels dans la syphilis et que ces troubles en quelque cas semblent très positivement constituer une expression directe, un effet immédiat de la diathèse.

Dans le chapitre que nous avons consacré aux influences des différents états morbides généraux sur les métrorragies, nous avons vu plus d'une fois que les états qui produisent une anémie, une dénutrition profonde de l'organisme contribuent dans une large mesure à provoquer des métrorragies.

Ces faits sont admis presque par tout le monde. Nous ne voyons pas de quel droit, après ce que nous venons de dire, on pourrait refuser à la syphilis le droit de prendre rang parmi ces maladies.

Nous ne voyons pas pourquoi on refuserait à la syphilis ce qu'on accorde aux maladies qui manifestent leur action sur l'économie d'une manière analogue. Il est intéressant de remarquer que cette analogie n'a pas

échappé à un des premiers observateurs, M. Saguet, qui attribuait son cas à l'influence de la syphilis au même titre que le diabète, l'albuminurie et l'impaludisme. Rien ne semble plus logique que de supposer même *a priori* que l'utérus, étant un des organes actifs de la femme, subit un des premiers l'influence néfaste de ce trouble nutritif général.

A coté de l'action de la syphilis en tant que facteur puissant des troubles menstruels par les modifications des conditions vitales de l'organisme, on doit ranger les diverses lésions qu'elle peut engendrer dans la sphère génitale de la femme et donner naissance ainsi aux métrorragies. Ces lésions sont sous la dépendance intime de la syphilis et il y a même lieu de se demander si dans les cas qui nous semblent résulter uniquement de l'influence générale de la syphilis comme agent dyscrasique, il ne s'agit pas en réalité d'une lésion anatomique, qui pour la plupart des cas échappe à nos moyens d'investigation clinique, lésion dont l'existence ne peut être prouvée que par un examen histologique.

Ceci se comprend d'autant plus aisément que la syphilis retentit sur tous les systèmes de l'organisme avec prédilection marquée surtout au système vasculo-nerveux. Sous son influence, tous les tissus se nourrissent mal et cela suffit pour apporter des modifications importantes dans leur intimité et pour donner naissance aux formations scléreuses, gommeuses et ulcéreuses comme nous le voyons se produire dans les autres organes.

La possibilité même des lésions syphilitiques des

organes génitaux de la femme en dehors de chancre et des plaques muqueuses a été pendant longtemps débattue et jusqu'à présent l'accord est loin d'être établi sur ce point. Les travaux de Barthélemy, Francheschini, Wassilieff, etc., sont venus assez récemment apporter quelque lumière dans l'étude de la syphilis des organes génitaux de la femme. Nous ne pouvons pas insister ici longuement sur cette étude ni en donner un aperçu plus ou moins détaillé en craignant de nous écarter de notre sujet.

Mais il nous paraît cependant tout à fait légitime de passer en revue des lésions pouvant donner naissance aux métrorragies et d'établir ainsi un argument anatomo-pathologique en faveur de notre thèse. Voyons d'abord quels sont les lésions de l'utérus et dans quelle mesure on peut leur attribuer les métrorragies.

Artérite syphilitique de l'utérus. — La syphilis dit, M. Francheschini, étant avant tout une maladie du sang et partant des vaisseaux, peut se manifester dans les formes tertiaires par une angiosclérose spécifique localisée seulement aux vaisseaux utérins, sans une affection concomitante spécifique des ovaires et des trompes, et cela conformément à la tendance naturelle de la syphilis d'attaquer isolément et partiellement les organes ainsi qu'il arrive par exemple dans l'artérite cérébrale syphilitique. Cette localisation tardive de la syphilis de l'utérus, sous forme d'altération vasculaire, ne peut être considérée comme une étrange et inexplic-

cable rareté clinique, si l'on songe que même dans la période secondaire l'utérus est souvent le siège d'hémorragies abondantes dues à des altérations spécifiques de l'organe, ayant le caractère d'hyperémies actives.

L'angio-sclérose de l'utérus peut se manifester par une hypertrophie uniforme de l'utérus, mais dans quelques cas l'examen physique reste absolument négatif et les modifications artérielles de l'utérus se traduisent par des hémorragies très abondantes ne cédant qu'au traitement spécifique. D'après M. Francheschini pour différencier les hémorragies à point de départ utérin de celles provenant des ovaires, on doit se rappeler que les premières coïncident rarement avec les époques; ils sont absolument indolores et ont le caractère de métrorragies sans présenter de caractère capricieux et intermittent, comme les hémorragies de la seconde catégorie.

Cette forme spéciale d'artérite tertiaire de l'utérus, sans altérations macroscopiques de l'organe, est localisée dans les artères du petit calibre et, comme dans tous les cas analogues, on doit incriminer les processus d'endoartérite comme dans les cas publiés par Joukovsky et Morisani.

Étant donné que l'artérite syphilitique est généralement régionale et segmentaire on peut se rendre compte de la localisation utérine du processus.

Dans l'artérite syphilitique les artères peuvent être épaissies, irrégulières, friables avec quelques petits points ectasiques et peuvent ainsi donner naissance à des métrorragies abondantes et difficiles à arrêter.

Sclérose syphilitique tertiaire de l'utérus.

L'angio-sclérose de l'utérus abandonnée à elle-même provoque dans le tissu utérin des altérations histologiques spéciales qui, dans la suite, se manifestent par la sclérose et par l'hypertrophie de l'organe.

La sclérose peut être localisée dans les endroits déterminés de l'utérus, mais elle peut aussi envahir l'organe dans sa totalité, en y déterminant les altérations qui semblent caractéristiques de la métrite parenchymateuse chronique. La formation de tissu fibreux est l'aboutissant anatomique de ces altérations de la syphilis tertiaire, et l'utérus acquiert alors une dureté presque ligneuse.

L'hypertrophie et l'induration sont les signes caractéristiques de cette forme tardive de la syphilis utérine de type scléreux : cette hypertrophie et cette induration peuvent être limitées au segment inférieur de l'utérus mais peuvent aussi être étendues à tout le corps utérin et même atteindre le paramètre.

Dans les formes hypertrophiques généralisées de l'utérus syphilitique, on peut avoir une congestion intense et une inflammation remarquable, avec des altérations dans la muqueuse, dans le tissu interstitiel et même dans les fibres musculaires de sorte qu'il en résulte une myo-métrite.

L'issue finale de toute sclérose utérine c'est l'hypertrophie de l'organe qui est suivie quelque temps après par l'atrophie. D'après les observations de M. Francheschini on constate que la période d'hypertrophie syphilitique utérine est d'autant plus longue que la

malade est plus éloignée de la période de la ménopause, et l'atrophie de l'utérus est d'autant plus précoce que l'époque de la ménopause est plus rapprochée.

Dans la sclérose syphilitique de l'utérus on pourrait distinguer les états suivants, correspondant à autant de formes cliniques :

1° Période d'artérite syphilitique sans altérations macroscopiques appréciables dans la forme et le volume de l'utérus; la caractéristique de cette période consiste en des métrorragies abondantes, rebelles aux traitements ordinaires et cédant au traitement spécifique.

2° Période de sclérose commençante, locale ou générale, avec de l'induration ligneuse de l'utérus.

3° Période d'hypertrophie utérine maxima, avec gigantisme de l'utérus. En dehors des métrorragies cette forme est caractérisée par l'induration, par la grosseur de l'utérus et par des congestions douloureuses.

4° Période d'atrophie avec un utérus infantile, aux parois musculaires presque disparues, un peu confuses et perdues dans des adhérences peu banales. Cette période se caractérise par de la débilitation générale, par de la leucorrhée ou par des métrorragies, par l'allongement de divers segments de l'utérus, par la lenteur des fonctions, par l'atrophie de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux et de la muqueuse utérine. Il faut remarquer que dans les formes congestives syphilitiques, la douleur est bien moindre que dans les autres formes congestives syphilitiques.

Nous passons sur les formes gommeuses et ulcéreuses de la syphilis utérine parce que ces formes donnent ra-

rement des métrorragies plus ou moins sérieuses (1).

Ce court exposé dont nous avons emprunté les principaux passages aux travaux de Barthélemy et Jean Francheschini, suffit déjà pour retrouver dans la pathologie utérine « tous les grands traits des processus syphilitiques auxquels la clinique nous a habitués sur les organes plus accessibles ».

« Nous croyons donc, dit M. Barthélemy, avoir le droit de penser jusqu'à preuve du contraire, que la syphilis utérine est plus fréquente qu'on l'a cru jusqu'ici soit par contamination directe, soit par syphilisation conceptionnelle. »

La syphilis des trompes a été étudiée tout récemment par M. Wassilieff. Sur cinq observations apportées par cet auteur on trouve quatre cas où les malades, entre autres symptômes, avaient des règles très abondantes bien qu'il ne paraît pas que ce soit là symptôme dominant le tableau clinique.

Nous trouvons dans la monographie de Barthélemy qui a paru en 1900 c'est-à-dire quatre ans avant le travail de Wassilieff, quelques indications sur la syphilis des trompes. Cet auteur pense que la sclérose utérine peut se propager aux trompes et à l'ovaire. A l'appui de sa manière de voir M. Barthélemy invoque le dessin de

1. Cependant on remarquera en passant que nous avons rapporté une observation de Wolter où les hémorragies furent abondantes, et qui tiraient leur origine probable d'une gomme ulcérée du col.

M. Doléris représentant une sclérose hypertrophiante des trompes qu'aucune cause autre que la syphilis, excluant par suite l'infection puerpérale ou l'infection blennorrhagique ou d'autres infections associées, ne pouvait expliquer. C'étaient des trompes entourées de toutes parts par une gaine très développée; l'épaisseur de cette gaine enveloppante dépassait de plus du double le volume normal de chaque trompe. « C'est la même « sclérose, dit M. Barthélemy, périvasculaire et péri-
« glandulaire devenue diffuse comme dans la myomé-
« trite hypertrophiante. On sait que c'est la syphilis qui
« y conduit le plus activement et qui en est la cause la
« plus ordinairement reconnue. »

Bien que l'étude de M. Doleris puisse être considérée comme une forte présomption en faveur de la syphilis des trompes, il faut arriver au travail de Wassilieff pour élever l'étude de la salpingite syphilitique à la hauteur d'une constatation d'où l'on puisse tirer des déductions pratiques importantes.

Voyons maintenant comment se présente cliniquement et au point de vue anatomo-pathologique une salpingite syphilitique : Douleur nocturne peu durable d'un seul côté d'abord, accompagnée de l'augmentation de l'abondance des règles; la douleur augmente d'intensité, de fréquence, pour aboutir à des crises subintrantes. La douleur gagne l'autre côté et y parcourt le même cycle.

Ainsi on voit dans la salpingite syphilitique une douleur oscillante progressive, continue, à bascule. Les règles deviennent ménorragiques et l'intervalle entre

les deux époques diminue. Trompes du volume du petit doigt au plus, légèrement douloureuses spontanément et à la pression.

Un signe de grande importance c'est la douleur provoquée par la pression au niveau des artères pelviennes : épigastrique, utérine, vaginale, honteuse interne, spermatique externe, fémorale. Ces douleurs sont ignorées par les malades.

La période d'état dure un temps assez long, à la longue les symptômes s'atténuent, les règles finissent par devenir moins abondantes qu'avant la maladie. La maladie parcourt dans son évolution une phase progressive suivie d'une phase dégressive. On constate qu'à cette dernière époque les trompes sont dures, rigides et presque rectilignes. La maladie aboutit à des phénomènes qu'il est d'usage de rapporter à la sclérose. Parfois cependant, remarque M. Wassilieff, la sclérose clinique s'accompagne d'un symptôme contradictoire : la persistance de ménorragies assez abondantes.

A l'examen macroscopique des trompes enlevées par laparotomie, on voit qu'elles sont peu augmentées de volume, bleues, gorgées de sang, cyanosées ; à une période plus avancée de la maladie, on constate que les trompes sont blanches, très petites, dures et rigides, ressemblant à un gros canal déférent.

Au point de vue microscopique les lésions sont constituées par une sclérose totale de la paroi tubaire. On trouve des lésions de périartérite et d'endartérite, généralement sans thrombose.

Telle est la symptomatologie et l'anatomie patholo-

gique des salpingites syphilitiques d'après M. Wassilieff. Il est évident que les cas rapportés par Wassilieff ne suffisent pas pour en faire une entité morbide. Leur histoire est encore à faire ; mais ce que nous voulons relever dans cette étude c'est justement la présence de ménorragies à certaines époques de la maladie, ménorragies dont l'origine peut être expliquée par les lésions d'endartérite et de périartérite des vaisseaux de la trompe. Si on se rapporte aux observations reproduites dans notre travail, on voit que les hémorragies jouent un rôle secondaire dans l'évolution de ces salpingites et ne prennent jamais une allure alarmante.

Au point de vue pratique ces hémorragies présentent un intérêt beaucoup moindre que celles au point de départ autre que les trompes.

L'existence de la syphilis des ovaires a été débattue pendant fort longtemps. Cela tenait probablement à ce fait si commun dans l'histoire de la syphilis génitale de la femme que, par une sorte de préjugé ou bien par manque de symptômes spéciaux, on a rarement pensé à elle et on l'a pour ainsi dire jamais recherchée. Les rares observateurs qui l'ont recherchée ont presque toujours trouvé des cas d'ovarite syphilitique.

« Y a-t-il une ovarite syphilitique ? demande M. Ferrand. De puissantes analogies porteraient à l'admettre encore que les faits ne soient pas suffisamment établis. »

Et c'est justement l'analogie avec le testicule si fréquemment atteint par la syphilis qui poussait les rares

observateurs dans cette voie. Ainsi Richet dit avoir vu des tumeurs spéciales qui peuvent être appelées tumeurs syphilitiques par comparaison à celles du testicule. Lancereaux a décrit dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, avec un luxe de détails, l'ovarite syphilitique.

« La syphilis des ovaires existe probablement au même titre que la syphilis du testicule, bien que l'histoire de ces affections reste à refaire tout entière.

« *A priori*, étant donné la structure fibreuse des ovaires elles semblent particulièrement prédisposées aux lésions syphilitiques.

« La forme diffuse ou ovarite syphilitique n'a été vue par nous qu'à la période atrophique, mais elle présente une telle ressemblance avec l'orchite syphilitique qu'il est permis de croire qu'elle suit la même évolution ; au début multiplication des éléments du tissu conjonctif et augmentation de volume de l'organe, plus tard organisation et développement complet de ces éléments, épaississement fibreux, induration, puis peu à peu rétraction et atrophie. »

Klebs attribue à la syphilis la production d'une sclérose ovarienne avec adhérences aux parties voisines chez une femme qu'il a observée.

La symptomatologie de la syphilis ovarienne est loin d'être établie. Lancereaux trouvait qu'elle ne présente rien de bien précis : douleur sourde, obtuse, stérilité et anaphrodisie.

L'existence de douleurs dans l'ovarite syphilitique a été un argument contre l'analogie qu'on voulait éta-

blir entre cette dernière affection et la syphilis du testicule qui lui est indolore.

« En réalité cette différence de réaction des deux glandes, dit M. Paul Dalché, s'explique très, bien si l'on se rend compte que pour l'ovarite la fluxion menstruelle vient chaque mois aggraver la situation et causer des douleurs ; d'ailleurs en cas d'aménorrhée ces dernières disparaissent, et la ressemblance clinique apparaît. »

Ferrand a constaté que dans l'ovarite syphilitique les règles sont irrégulières, parfois elles se suppriment, souvent elles se multiplient outre mesure ; il y a des métrorragies et des ménorragies proprement dites. Schönlein insiste beaucoup sur la fréquence de ces pertes.

« Dans quelques cas, ajoute M. Ferrand, on observe un écoulement permanent qu'on a attribué à la métrite hémorragique. »

Ozenne croit que dans les deux cas de métrorragies syphilitiques que nous avons reproduits dans notre étude il s'agit de dégénérescence scléro-kystique des ovaires, pour la genèse de laquelle la syphilis est un important facteur.

« Faut-il, dit M. Ozenne à propos des deux observations en question, attribuer les hémorragies aux troubles de nutrition infligés à l'organisme par l'infection syphilitique, simple trouble fonctionnel sans lésion matérielle ou manifeste des organes spéciaux ?

Faut-il, au contraire, les rapporter à une altération de l'un ou de l'autre de ces organes, à une transformation gommeuse ou sclérose des ovaires par exemple ? Nos deux observations semblent plaider en faveur de cette

dernière opinion ou du moins peuvent être invoquées comme des exemples cliniques de manifestations spécifiques sur les ovaires. D'ailleurs quelle que soit la lésion propre dont ces organes ont été le siège, ces faits pourront servir de contingent au faible dossier de la syphilis ovarienne. M. Dalché pense que ce peut être aussi à l'ovarite scléro-kystique qu'il faut attribuer certaines métrorragies survenant chez des jeunes filles hérédo-syphilitiques au moment de la puberté et qui sont trop souvent qualifiées d'hémophiliques.»

CHAPITRE V

Diagnostic et traitement.

Dans le chapitre précédent nous avons cherché à entrer dans la pathogénie des métrorragies syphilitiques et d'en fournir des preuves anatomo-pathologiques. Il nous semble que nous sommes arrivés à donner une explication plausible de ces métrorragies.

Il est évident alors qu'en présence de ce symptôme on devra toujours s'enquérir de son origine, d'examiner avec les détails les plus minutieux les organes génitaux de la femme. Quels sont donc les éléments qui nous permettront de mettre les métrorragies sur le compte de la syphilis ? A vrai dire il n'y en n'a pas et il ne peut y en avoir. Les métrorragies comme telles sont toujours les mêmes (ou peu s'en faut) dans tous les états pathologiques des organes génitaux et le seul moyen de les rattacher à la syphilis c'est d'y penser dans les cas où les traitements les plus variés, les plus savamment employés n'aboutissent pas à les arrêter.

Le même raisonnement est applicable quand on se trouve en présence d'une lésion utérine ou autre à qui on pourrait attribuer les métrorragies.

L'étude de la syphilis gastrique nous a démontré

que la syphilis est capable de simuler diverses maladies de cet organe les plus banales ; nous retrouvons cette qualité dans la syphilis des organes génitaux de la femme ; on dirait que c'est le propre de la syphilis viscérale en général. Ainsi, comme remarque justement M. Francheschini, la syphilis du poumon est diagnostiquée plus par intuition que par quelque particularité physique de l'examen clinique. Le médecin, ajoute M. Francheschini, qui examine un poumon atteint de syphilis tertiaire, est induit à prononcer le nom de pneumonie caséuse ou tuberculeuse par suite de la ressemblance qu'ont entre elles les deux formes cliniques, et par suite de la fréquence dans la pratique des formes caséuses ou tuberculeuses du poumon. C'est ainsi que devant un individu qui tombe par terre soudainement, en proie à un accès apoplectiforme grave, avec hémiplégie et coma, on fait probablement d'abord le diagnostic d'hémorragie cérébrale et c'est seulement plus tard, dans quelques cas heureux, que l'on diagnostiquera une forme congestive de la syphilis cérébrale.

La même chose se passe pour la syphilis génitale de la femme. On pense à tout, excepté à la syphilis, tout en n'ignorant pas qu'elle peut être un facteur étiologique de premier ordre dans une foule de maladies, et les médecins qui agissent de la sorte sont justifiés par les apparences de lésions banales que prend la syphilis génitale.

D'un autre côté il ne faut pas trop en vouloir à ces médecins dont l'esprit se porte à rechercher des choses simples et banales. Or, bien que nous croyons que les métrorragies syphilitiques existent nous ne devons pas

les voir partout et ne voir qu'elles. Nous sommes plutôt d'avis que ces métrorragies devraient être classées comme une manifestation assez rare de la syphilis. Autrement comment expliquer que la littérature médicale se présente si pauvre à ce sujet. De deux choses l'une : ou bien les observateurs peu habitués à envisager de cette façon la pathologie des organes génitaux de la femme ayant au contraire l'occasion de rencontrer tout au long de leur pratique des affections décrites et apprises d'une façon classique, n'ont pas eu l'attention attirée du côté de l'origine infectieuse, spécifique, ce fait est probable. Ou bien les manifestations hémorragiques de la syphilis génitale seraient vraiment d'une rareté assez grande puisque des syphiligraphes chargés depuis longtemps, comme Ozenne à Saint-Lazare, du service médical chez les prostituées sont arrivés seulement à en réunir, depuis ces dix dernières années, sept observations prises pour la plupart dans la clientèle privée, tandis qu'il n'en a relevé que deux cas chez toutes les filles soumises, dont il serait difficile de ne pas admettre la contamination.

A un autre point de vue nous devons avouer que l'intérêt d'une métrorragie porte surtout sur sa valeur de coïncidence avec l'époque à laquelle elle apparaît. En effet, il peut se produire dans la période secondaire des pertes sanguines, et quelques-unes des observations que nous citons sont là pour témoigner de la véracité du fait. Cette constatation a son intérêt pour le nosographe et pour le pathologiste, mais elle ne constitue en réalité qu'un symptôme banal associé à tous les au-

tres symptômes de la syphilis. Pour le clinicien qui a besoin de faire un diagnostic, pour le thérapeute qui doit imposer un traitement, ce symptôme hémorragie ne mérite pas d'attirer l'attention d'une façon exceptionnelle ; il rentre dans le cadre des modifications apportées à l'ensemble de l'organisme par l'infection spécifique ; il en va tout autrement quand ces métrorragies syphilitiques apparaissent chez une ancienne syphilitique parvenue à la période tertiaire et chez laquelle l'hémorragie n'est plus qu'un symptôme isolé et peut ne s'accompagner d'aucune autre lésion de tertiarisme. C'est alors que le diagnostic est délicat. Rien n'autorise dans le cas actuel à dire syphilis, rien n'empêche d'accepter une autre étiologie. La conséquence d'un diagnostic erroné entraîne une thérapeutique inappropriée ; les traitements qu'on appliquera ne donneront lieu à aucun résultat et désespéreront la patience du médecin et de la malade ; ou bien une lésion du tertiarisme, évidente (gomme osseuse par ex.), vient jeter un éclat de lumière en donnant l'explication d'une origine jusque-là restée dans l'ombre ; ou bien alors le médecin averti de la possibilité de pareilles manifestations et voyant l'inutilité de ses efforts remonte dans l'histoire anamnésique de la malade et applique le traitement spécifique, qui, comme nous l'avons dit plus haut, est presque le véritable élément de diagnostic.

Chacun de nous se rappelle avoir vu de ces malades atteintes de pertes considérables on qualifie d'hémophiliques, et qu'en désespoir de cause après avoir essayé tous les traitements possibles, le chirurgien délivrait de

eur utérus pour mettre fin à ces manifestations qui mettaient en danger la vie de la patiente.

Dans de pareils cas nous croyons qu'on doit toujours essayer le traitement spécifique même si la malade n'avoue pas de syphilis dans ses antécédents, même si le médecin ne retrouve, lui non plus, aucun signe objectif de l'ancienne infection.

Qui ne sait, en effet, la difficulté avec laquelle on fait l'anamnèse de la syphilis? Tous ceux qui ont eu à interroger des malades savent avec quelle obstination la maladie est niée et ont appris la fréquence avec laquelle elle est ignorée. Le thérapeute ne devra donc tenir compte que de l'idée qui le guidera vers le résultat final, idée toute subjective, idée de dernière ressource, sans s'inquiéter des dénégations et des récriminations de la patiente.

Quelque chose nous aurait paru cependant de plus intéressant à établir d'une façon ferme : dans le cours de la période secondaire on sait combien les avortements sont fréquents ; on les établit d'une façon manifeste lorsque l'avortement se produit à une époque où l'embryon est déjà constitué d'une façon évidente ; mais a-t-on songé suffisamment à établir l'existence de grossesses arrêtées dans les premiers temps de leur évolution et des relations qui peuvent exister entre ces avortements de la première période et les métrorragies que les observateurs ont signalées?

Il nous semble qu'il serait utile et intéressant de rechercher dans cette voie l'histoire des manifestations hémorragiques de la syphilis secondaire. C'est là un

point sur lequel nous ne pouvons insister, mais sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on aura d'abord à se demander si la métrorrhagie a pris son point de départ dans une lésion de l'ovaire ou de l'utérus. Nos documents à ce sujet et nos moyens d'investigation ne sont pas très précis. En effet diagnostiquer une dégénérescence scléro-kystique des ovaires n'est pas toujours très facile pendant la vie, pas plus du reste qu'une sclérose utérine ; il nous semble que ce serait agir avec trop de précipitation que d'affirmer ainsi le point de départ de l'hémorrhagie si les doigts dans la palpation nous ont révélé l'existence d'un ovaire petit, dur, douloureux ou d'un utérus hypertrophié ou atrophié. Cependant Franceschini a essayé de différencier les hémorrhagies par angio-sclérose syphilitique de l'utérus de celles qui sont dues à la dégénérescence scléreuse des ovaires. Dans la forme à origine utérine, outre l'absence d'atrophie ou d'hypertrophie de l'ovaire, l'hémorrhagie se manifesterait au commencement par des pertes abondantes n'ayant pas le caractère de ménorrhagies ; tandis que l'hémorrhagie par dégénérescence scléreuse des ovaires aurait d'abord un caractère intermittent ménorrhagique dans la période de début et ne se montrerait que plus tard sous forme de métrorrhagies abondantes ; des hémorrhagies utérines sont au contraire dès le commencement tout à fait indépendantes des menstruations, abondantes, intermittentes.

Voilà tout ce qu'on peut dire au point de vue différentiel. Si l'un voulait aller plus loin il faudrait se de-

mander si l'on peut reconnaître dans l'utérus la lésion cause du symptôme, mais nous croyons qu'il n'y faut point songer. Tout au plus pourrons-nous dire que, lorsque nous nous trouvons en face d'une perte abondante, il est probable qu'il s'agit d'une angio-sclérose tertiaire, tandis que nous savons que les autres lésions syphilitiques utérines (ulcérations et gommès) donnent lieu à des métrorragies moins considérables. Au fond le vrai diagnostic des lésions utéro-ovariennes ne peut se faire qu'avec les pièces en main, anatomiquement.

Quant au diagnostic différentiel avec toutes lésions des organes génitaux capables de donner le même symptôme hémorragie et les mêmes caractères physiques à l'examen de la région, nous ne nous occuperons pas de ce sujet qui entraînerait à des discussions stériles puisque nous avons déjà signalé la banalité de ces symptômes ; et nous répéterons en terminant que le seul moyen sûr de faire le diagnostic différentiel avec les diverses métrites, avec le cancer, les fibromes etc., c'est l'application du traitement spécifique, justifiant encore une fois le vieil adage : *naturam morborum curationes ostendunt* (1).

1. Comme le traitement des métrorragies syphilitiques n'offre rien de spécial au point de vue purement spécifique, nous laisserons cette question de côté. Peut-être, au point de vue gynécologique, existe-t-il des méthodes adjuvantes locales, mais cette incursion dans pareil domaine nous entraînerait trop loin. Le traitement mixte iodo-mercuriel paraît généralement indiqué, ayant donné les meilleurs résultats dans les observations que nous avons rapportées.

CONCLUSIONS

I. — Les faits cliniques reproduits dans ce travail nous conduisent à conclure qu'il existe des métrorragies d'origine syphilitique.

II. — La syphilis en donnant naissance aux métrorragies peut agir : a) comme facteur puissant de dénutrition profonde de l'organisme avec une prédilection toute spéciale au système nerveux et vasculaire ; b) en créant des lésions des organes génitaux de la femme parmi lesquelles l'artérite syphilitique avec la sclérose consécutive de l'utérus semble jouer un rôle prépondérant.

III. — On peut observer des métrorragies pendant la période secondaire et tertiaire de la syphilis.

Leur fréquence nous paraît être plus grande à la période tertiaire.

IV. — La syphilis doit être rangée d'une manière définitive parmi les causes des métrorragies.

V. — Chaque fois qu'on se trouve en présence des

métrorragies rebelles ne cédant à aucun traitement on doit penser et rechercher la syphilis et *ne jamais manquer* à titre d'épreuve d'intervenir par le traitement spécifique.

VI. — *Sublata causa, tollitur effectus.*

Vu : le Président de la thèse

PINARD

Vu le Doyen :

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — Clinique médicale, t. IV, 1838.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858-1860.
- BAR. — Doit-on considérer le rein polykystique congénital comme une dystrophie due à la syphilis. *La Syphilis*, n° 2 août, 1903.
- BARTHÉLEMY. — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire des organes génitaux internes de la femme. Épinal, 1900.
- BASSÉREAU. — Traité des syphilides.
- BEAUMELOU. — De la métrorragie symptomatique. *Thèse de Montpellier*, 1869.
- BECQUEREL. — Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1859.
- BERNUTZ ET GOUPIL. — Traité des affections utérines.
- BETTI UGO ARTURO. — Due casi di sifilide uterina ed annessiale. *La Clinica Ostetrica*, juin 1905, fasc. 6.
- S. BONNET ET P. PETIT. — Traité pratique de gynécologie. Paris, 1894.
- BONNET LÉON. — De la métrite des syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1887.
- BOUILLY. — Note sur l'ovarite scléro-kystique. *Gynécologie*, 2 juin 1900.
- BOULIN. — De la métrorragie considérée en dehors de l'état puerpéral. *Thèse de Paris*, 1860, n° 23.

- BRADLEY MESSENGER. — Syphilitic post-partum Hæmorrhage
The Manchester Medical and Surgical Reports, octobre 1870, p. 45.
- BRIOUDE. — Scléroses de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1896.
- BROUARDEL. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. *Thèse de Paris*, 1865.
- CHAMPEAUX. — De la valeur séméiologique de la métrorrhagie. *Thèse de Paris*, 1899, n° 166.
- JULES CHÉRON. — Affections utérines. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, t. L, 1880.
- V. CORNIL. — Leçons sur la syphilis faites à l'Hôpital de Lourcine. Paris, 1879, p. 166. *Annales de gynécologie*, 1879.
- PAUL DALCHÉ. — Métrorragies et syphilis. *Bulletin médical*, 1906, n° 51, p. 591. Métrorragies et Salpingites syphilitiques. *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1905, t. LXXVIII, p. 795. *Semaine gynécologique*, 1905, p. 280. Ovarite. *Thèse de Paris*, 1885.
- DANIEL. — Métrorragies chez les femmes chargées d'embonpoint. *Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 289.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898 et 1902.
- J. DOLÉRIS. — Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique. *Archives de Tocologie*, 1885, p. 319.
- DREYER. — Ueber Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei syphilis *Dermatologische Zeitschrift*, Berlin, 1906, XIII, p. 537.
- F. DUPARCQUE. — Maladies de la matrice.
- A. FAUCONNIER. — De la fièvre et des métrorragies dans les accouchements syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1886.
- A. FERRAND. — Artli-ovaire-ovarite. *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XVIII, p. 760.
- P. FLOREZA. — De la congestion utérine et de la métrorrhagie d'origine névralgique. *Thèse de Paris*, 1881.
- J. FOULQUIER. — De la syphilis utérine secondaire. *Thèse de Paris*, 1881.
- FOURCAULT. — Étude sur l'hypertrophie exulcération du col

de l'utérus dans la syphilis secondaire. *Thèse de Paris*, 1877.

J. FRANCHESCHINI. — Ménorragie et métrorragie di origine sifilitica. *La Clinica Ostetrica*, février 1905, fasc. 2. A proposito di sifilide uterina. *La Clinica Ostetrica*, 1905, fasc. 3. L'origine syphilitique de quelques cancers utérins. *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1906.

JEAN-PIERRE FRANK. — *Traité de médecine pratique*, traduit par Goudareau, Paris, 1842.

ALFRED FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, Paris 1881. Syphilis de l'estomac. *La Syphilis*, le 2 avril 1903. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 nov. 1878.

GAILLARD. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. *Archives générales de médecine*, janvier 1886, p. 66.

GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1879.

A. GAROFALO. — Un caso di metrorragia sifilitica. *La Clinica Ostetrica*, mai 1906, fasc. 10.

GARREAU. — Syphilis constitutionnelle. Grossesse mécon nue. Avortement au troisième mois. Hémorragie. Expulsion spontanée du placenta au bout de six jours. Guérison. *Gazette médicale d'Algérie*, 1876 N. I, p. 8.

GIRAUD. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. *Thèse de Paris*, 1868.

GOSSELIN. — Sur la valeur symptom. de l'ulcère du col. *Archives générales de méd.*, 1843.

J. GRASSET. — Diathèse in *Dictionnaire des sciences méd. Des-chambre*.

GUBLER. — Des épistaxis utérines simulant les règles au début des pyrexies et des phelgmiasies. *Gaz. médicale de Paris*, 1863, p. 154, 205, 238, 252, 287, 390.

GUILLEMOT. — Métrorragies syphilitiques. *J. de médecine de Paris*, n° 2, 1907.

HOMOLLE. — Syphilis dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, p. 745, p. 759.

- M. JACQUIN. — Phtisie syphilitique chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1884.
- D^r JEANNE. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, avril 1904. *Bulletin médic.*, 1904, p. 399.
- JOUKOVSKY. — *Wratchebnaja Gazetta*, 1904 N. 17 (en russe).
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, 1886.
- JUTEAU. — De l'hémorragie utérine essentielle. *Thèse de Paris*, 1850 N. 145.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, Paris, 1866, p. 280.
- PROFESSEUR F. LA TORRE. — Della Sifilide Uterina. *La Clinica Ostetrica*, 1904, Fasc. XII. Ancora a proposito della sifilide uterina. *La Clinica Ostetrica*, avril 1905, fascicule 4.
- LAWSON-TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris.
- LECORGHÉ. — Comptes rendus de la Société de biologie, 1856, p. 160. Du diabète sucré chez la femme. Paris, 1886, p. 170.
- LÉPINE. — Complications du diabète et son traitement, 1905 et 1906.
- LEPLICHEY. — De la métrite chez les tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1883.
- L. LONGUI. — La sifilide uterina con osservazioni di metrorragia sifilitica. *Brindisi*, avril 1907.
- KLEBS. — Handbuch der pathologischen anatomie. Berlin, 1876, p. 826, t. II.
- MARTINEAU. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Paris, 1887, p. 23.
- Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammoniacale dans le traitement de la syphilis. *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1882, p. 70.
 - Affections de l'utérus et de ses annexes, 1879.
- MASSIN. — Zur frage über endometritis bei acuten infectiösen allgemeinen Erkrankungen. *Arch. für gynec.*, 1891, t. XL, p. 146-166.

- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1890.
- J. MONPROFIT. — Salpingites et ovarites. *Thèse de Paris*, 1888.
- M. MONTANIER. — Affection syphilitique de l'utérus. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 450.
- MORISANI. — Contributo alla conoscenza della sifilide uterina tardiva. *Archivio di ostetrica et ginecologia* 1901, p. 27.
- A. MOURATOFF. — Métrorragie syphilitique. *Meditzinskoe obozrenie*, janvier 1907, t. LXVII, p. 52 (en russe).
- NIVET et BLATIN. — Traité des maladies des femmes qui déterminent les fleurs blanches. Paris, 1842.
- NONAT. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1860.
- E. OZENNE. — Deux cas de syphilomes des ovaires. *Journal de Médecine de Paris*, 1898, X, p. 275.
- Un nouveau cas d'hémorragie utérine d'origine syphilitique. *Bulletin de la Société médicale du neuvième arrondissement*, t. XVIII, 1905 p. 193.
- E. OZENNE. — Un nouveau cas de métrorragie d'origine syphilitique. *La Syphilis*, 1904, p. 217. *Semaine Gynécologique*, 1903, p. 337.
- Deux cas de métrorragie avec ulcération du col. *La Semaine Gynécologique*, 1904, p. 154. Métrorragies d'origine syphilitique à la période tertiaire, II et XIX. *Journal de Médecine de Paris*, 1907, 2^e série.
- N. DE PACE. — Sulla sifilide utero-annessiale. *La Clinica Ostetrica*, 15 septembre 1907, fascicule 17.
- M. PICHEVIN. — Syphilis des annexes de l'utérus. *La Semaine Gynécologique*, 1905, p. 51.
- PILLAUD. — Des tubercules de l'ovaire et de la trompe. *Thèse de Paris*, 1861.
- PROFESSEUR PINARD. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, avril 1904. *Bulletin médical*, 1904, p. 399.
- POLLAILLON. — Maladies des femmes. Paris, 1901.
- POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Paris, 1905.
- A. RICHET. — Traité pratique d'Anatomie médico-chirurgicale. Paris, 1877 5^e éd.

- M^{lle} ROBINEAU. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, avril 1904. *Bulletin médical*, 1904, p. 399.
- ROUSSEAU. — Considérations étiologiques sur la métrorragie. *Thèse de Paris*, 1867, n° 150.
- SAGUET. — Hémorragies utérines de nature syphilitique. *Union médicale du Nord-Est*, 31 janvier 1899, p. 23.
- DE SCANZONI. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1858, p. 283.
- SIREDEY. — De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines. *Thèse de Paris*, 1860.
- SLAVIANSKY. — Métrite interne villeuse. *Archives de Physiologie*, 1874, p. 53.
- SPINELLI. — La sifilide tardiva uterina. *Archivio Italiano di Ginecologia*, 1900, p. 571.
- TILLOT. — De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin. *Thèse de Paris*, 1860.
- VERCIÈRE. — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, avril 1904. *Bulletin médical*, 1904, p. 399.
- VERMEIL. — Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1880.
- WASSILIEFF. — Essai clinique sur les salpingites syphilitiques. *Bulletin annuel de Société médic. du IX^e arrondissement*. Paris, 1904.
- WEST. — Leçons sur les maladies des femmes traduites par Mauriac. Paris, 1870, p. 67.
- D^r WHITEHEAD. — De la transmission des parents aux enfants de quelques formes de maladie. Londres, 1857. Analysé in *Archiv. Génér. de Méd.*, 1857, v. II, p. 375.
- WOLTER. — Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilitischen Geschwürs der Portio Münchener med. Wochenschrift. XLIII, 1896, p. 474.
- V. ZEISSL. — Die Erkrankungen des Urogenital apparatus bei Mann und Weib infolge von Syphilis. Die Deutsche Klinik X Band I Abtheilung, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique.	9
CHAPITRE I. — Des métrorragies dans les divers états dia- thésiques et infectieux	10
CHAPITRE II. — Des manifestations hémorragiques dans la syphilis viscérale	25
CHAPITRE III. — Observations.	41
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique et pathogénie .	117
CHAPITRE V. — Diagnostic et traitement	134
Conclusions	141
Bibliographie.	143

